



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autora: Cristina Hewawasam, N.º 2362

Mindelo, 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**ENFERMAGEM E REINSERÇÃO DA PESSOA PORTADORA
DE DOENÇA MENTAL INSTITUCIONALIZADA NA
FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Mestre Denise Oliveira Centeio

Discente: Cristina Hewawasam, nº 2362

Mindelo, 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que sempre esteve comigo em todos os momentos e que mostrou-me o quanto a família é importante nas nossas vidas.

E, à todas as pessoas que padecem de uma patologia mental e as suas respectivas famílias, desejo-lhes muita força para poderem superar todos os obstáculos ao longo das suas vidas. E, que lembrem que a união familiar é capaz «mover montanhas».

AGRADECIMENTOS

Durante todas as etapas das nossas vidas encontramos alegria, dificuldades, obstáculos. Mas, quando está-se em volta de pessoas que amamos tudo torna suportável e possível de alcançar.

Neste sentido queria agradecer às pessoas que muito contribuíram não só na elaboração deste trabalho, mas também durante o meu percurso académico. São essas pessoas que apoiaram-me e acreditaram em mim que permitiram-me percorrer esse caminho sem desistir perante as dificuldades que foram surgindo.

Começo por agradecer à Deus que nunca abandonou-me e esteve presente em todas as fases da minha vida.

À minha família e meus amigos pelo apoio incondicional, pelo incentivo e por acreditarem em mim.

À minha orientadora Docente Mestre Denise Oliveira Centeio, por ter aceitado orientar-me no decorrer do meu trabalho, mostrando sempre disponibilidade e excelência no decorrer da orientação, pela paciência que teve para comigo. Afirmando que ela representou a peça chave para a elaboração deste trabalho, dando-me confiança para prosseguir e desenvolver minhas ideias.

Ao Dr. Aguinaldo Monteiro, que tantos obrigados não chegam, pois seus pareceres e disponibilidade total para ajudar e sua experiência fizeram toda diferença para a realização deste trabalho. E que também foi a pessoa que colocou-me a par dessa problemática e suscitou o meu interesse em desenvolver a monografia ligada a essa temática.

À todas as famílias que partilharam as suas vivências, um muito obrigado por me terem confiado as suas histórias de vida. Sem vocês o trabalho não teria a mesma essência.

E por último e não menos importante, agradeço imenso aos profissionais que trabalharam ou que apoiam o Centro de Apoio aos Doentes Mentais de São Vicente. Muito obrigado pelas suas opiniões, sabedoria e experiência profissional e por aceitarem participar do estudo.

“Não há nenhuma razão ética, científica ou social para excluir da comunidade as pessoas que sofrem de doença mental ou distúrbios cerebrais. Há lugar para todos.”

(Associação de Promoção da Saúde Mental – A PONTE, 2014)

RESUMO

Com este trabalho científico pretendeu-se examinar o contributo da enfermagem na reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizada na família. É um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, direccionada às famílias das ppdm institucionalizadas no Centro de Apoio de Doentes Mentais de São Vicente. Neste sentido, participaram do estudo 5 famílias das respectivas ppdm institucionalizadas e o estudo decorreu nos domicílios das respectivas famílias. As informações foram colhidas através de uma entrevista semiestruturada e os dados tratados com base na análise de conteúdo. Os resultados apontam que existem um leque de factores que dificultam a reinserção, nomeadamente a carência da informação por parte dos familiares da ppdm e a consequente falta de envolvimento da família no seu tratamento, o impacto da sobrecarga de diversa ordem e a necessidade de um trabalho por parte dos cuidadores de saúde no sentido de auxiliarem e apoiarem estas famílias, com maior proximidade e de forma holística. Este trabalho trouxe um contributo a nível teórico no sentido de promover futuros trabalhos ligados a esta problemática e a necessidade de investir em trabalhos mais direccionadas às comunidades, sendo um ponto que precisa de ser trabalhado. Em termos práticos a pesquisa veio expor a necessidade de uma intervenção multidisciplinar em prol da reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizada na família, tanto no sentido de promover a socialização e reduzir as consequências de uma institucionalização prolongada. Conclui-se, finalmente que existe uma necessidade de um trabalho de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria mais virada as famílias em suas próprias comunidades/residências, tanto de promoção a saúde e de prevenção em todos os níveis.

Palavras-chave: Enfermagem; Intervenção; Doença mental; Reinserção e Família.

ABSTRAT

This research aimed to examine the nursing contribution for the reintegration of institutionalized people with mental disorder in the family. It is a descriptive exploratory study, directed to the families of institutionalized people with mental disorder in the Centro de Apoio de Doentes Mentais of São Vicente. In this sense, 5 families of institutionalized people with mental disorder participated in this study and the study took place in their families' houses. The data were collected through a semi-structured interview and the data were processed based on content analysis. The findings show that there are a range of factors that hamper the reintegration, in particular the lack of information by the family members of institutionalized people with mental disorder and the consequent lack of family involvement in their treatment, the impact of overloading of several kinds and the need for work of health caregivers in order to assist and support these families more closely and holistically. This study brought a contribution to theoretical level in order to promote future study related to this issue and the need to invest in more targeted communities, one point that needs to be worked. In practical terms the research has exposed the need for a multidisciplinary intervention in favor of the reintegration of institutionalized people with mental disorder in their family, both to promote socialization and reduce the consequences of a prolonged institutionalization. Finally, we conclude that there is a need of nursing work in Mental Health and Psychiatry more upset families in their own communities /homes, both to promote health and prevention at all levels.

Keywords: Nursing, intervention, family, mental disorder, reintegration.

ÍNDICE GERAL

Resumo	iv
Abstrat	v
Introdução	1
Problemática	2
Justificativa	4
Capítulo I – Enquadramento Teórico	6
1.1. Perspectiva Histórica da Doença Mental	7
1.2. Os Conceitos de Saúde e Doença Mental	8
1.3. Determinantes das Perturbações Mentais e Comportamentais	10
1.4. Tipos de Doença Mental	12
1.4.1. Esquizofrenia	12
1.5. Estigma e Doença Mental	15
1.6. Breves Considerações Sobre a Família	18
1.6.1. Funções das famílias	18
1.6.2. Famílias cabo-verdianas	19
1.7. Impacto da Doença Mental Crónica na Família – Sobrecarga Familiar ...	20
1.8. Reinserção da Pessoa Portadora de Doença Mental Institucionalizada na Família	23
1.8.1. Factores que Dificultam a Reinserção	26
1.9. Contributo da Enfermagem na Reinserção da Pessoa Portadora de Doença Mental Institucionalizada na Família	27
Capítulo II – Fase Metodológica	34
2. Fundamentação Metodológica	35
2.1. Tipo de Estudo	35
2.2. Instrumentos de recolha de dados	35
2.3. Participantes do Estudo	36
2.4. Descrição do Campo Empírico	37
2.4.1. Descrição do Centro	37
2.4.2. Descrição dos Domicílios	38
2.5. Procedimentos Metodológicos	39
Capítulo III – Fase Empírica	41

3.1.	Apresentação e Interpretação de Dados	42
	Capítulo IV – Discussão de Dados e Considerações Finais	56
4.1.	Discussão de Dados	57
4.2.	Considerações Finais	61
4.3.	Propostas	62
4.4.	Intervenções de Enfermagem Dentro de um Projecto de Reinserção da Pessoa Portadora de Doença Mental Institucionalizada na Família	64
	Referências Bibliográficas	65
	Apêndice I – Guião de Entrevistas das famílias	i
	Apêndice II – Guião de Entrevistas dos Profissionais	ii
	Apêndice III – Guião de Observação	iii
	Apêndice IV – Quadro de Identificação das Famílias e das Pessoas Portadoras da Doença Mental	iv
	Apêndice V – Panfleto Sobre a Esquizofrenia	v
	Apêndice VI – Projecto de Intervenção	vi
	Apêndice VII – Intervenções de Enfermagem dentro de um Projecto de Reinserção da Pessoa Portadora de Doença Mental Institucionalizada na Família	vii
	Apêndice VIII – Consentimento Informado	viii
	Apêndice IX – Requerimento para o Centro de Apoio de Doentes Mentais de São Vicente	ix
	Anexo I – Sinais e sintomas da Esquizofrenia	x
	Anexo II – Tipos de Esquizofrenia	xi
	Anexo III – Sinais de Recaída da Esquizofrenia	xii
	Anexo IV – Mitos e Factos sobre a Doença Mental	xiii
	Anexo V – Tipos e Estruturas das Famílias	xiv
	Anexo VI – Sub-funções Dentro da Função do Enfermeiro	xv

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

As – Assistente social

CAMD-SV – Centro de Apoio a Doentes Mentais de São Vicente

CD – Características Definidoras

Cf – Confrontar

Cit. – Citado

CTO – Centro de Terapia Ocupacional

D – Definição

EC – Ensino Clínico

Enf – Enfermeiro

EpS – Educação para a Saúde

Et.al. – e colaboradores

Ex. – Exemplo

FR – Factores Relacionados

HBS – Hospital Batista de Sousa

OMS – Organização Mundial de Saúde.

p. – página

Ppdm – Pessoa portadora de doença mental.

Pq – Psiquiatra

Ps – Psicóloga

S/d – Sem data

S/p – Sem página

Sic – tal como foi dito

Vd – Visita domiciliária

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Mindelo. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso com a finalidade de promover a aprendizagem tanto na área de investigação científica bem como na área de saúde mental e psiquiatria.

O título do presente trabalho é: “ **Enfermagem e reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família.**”

A escolha do tema vai ao encontro com a crescente necessidade de reinserir a pessoa portadora da doença mental (ppdm) institucionalizada e estabilizada na família. Pois, constatou-se que o número de pessoas portadoras da doença mental institucionalizada no Centro de Apoio ao Doente Mental de São Vicente (CADM-SV) tem vindo a aumentar, chegando a congestionar o centro, uma vez que não se tem verificado a reinserção dessas pessoas nas suas respectivas famílias e tem pessoas necessitando de vagas para entrar, devido a situações de sobrecarga familiar e abandono destes na rua.

Considera-se que este estudo é pertinente, pois pode contribuir para aprofundar o conhecimento em torno desta problemática cada vez mais crescente na nossa realidade (institucionalização prolongada/abandono da ppdm) e permite esclarecer que existe muito trabalho que necessita ser feito perante o assunto em questão. De igual modo a pesquisa oferece a sociedade uma base teórica actualizada e pertinente, de forma a alertá-los sobre a necessidade de quebrar o estigma perante a ppdm, no sentido de possibilitá-lo convívio social e a sua reinserção na família/comunidade.

Durante a elaboração do estudo deparou-se com algumas limitações tanto na fase de recolha de dados, bem como na fase empírica.

Sendo assim, com este trabalho pretende-se responder de forma teórico-cientificamente e prática a seguinte pergunta de partida: **Quais as intervenções de enfermagem face a reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família?**

O **objectivo geral** do presente estudo é examinar o contributo da enfermagem na reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família.

Os **objectivos específicos** são:

- Identificar o(s) factor (s) que dificulta a reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família.
- Mostrar o contributo da enfermagem na promoção da reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família;
- Traçar as intervenções de enfermagem dentro de um projecto de reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizada na família.

O trabalho encontra-se organizado em três capítulos bem definidos: no primeiro capítulo que versa o enquadramento teórico, onde debruça-se sobre um breve referencial histórico da doença mental; os conceitos de saúde e doença mental; bem como os determinantes da doença mental; tipos de doença mental e com uma rápida explanação da esquizofrenia e o estigma em torno da doença. Abordar-se-á também, de forma breve o conceito, tipos e estruturas das famílias permitindo uma melhor compreensão do estudo em questão. Debruçar-se-á por fim, no impacto que doença mental crónica possui sobre a família e pessoas significativas; na reinserção da ppdm institucionalizada na família e no respectivo contributo da enfermagem na reinserção ppdm institucionalizada na família.

O segundo capítulo consagra a fase metodológica e no terceiro a fase empírica.

O quarto capítulo versa as discussões dos resultados, as considerações finais, as propostas, as intervenções de enfermagem dentro de um projecto de reinserção da ppdm na família e as referências bibliográficas.

Finalizando, para a formatação deste trabalho utilizou-se as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos académicos e científicos vigentes na Universidade do Mindelo (Março, 2012).

PROBLEMÁTICA

Em termos de cuidados à ppdm, a realidade em São Vicente resume-se a intervenção em crise aguda no serviço de psiquiatria e no que tange à continuidade dos cuidados em saúde mental pode-se dizer que existe uma grande lacuna.

Devido aos vários constrangimentos ligados tanto a falta de recursos humanos como económicos, não há um trabalho sistematizado em São Vicente no que concerne a uma intervenção junto das famílias das ppdm que se encontram institucionalizadas, que permita re-integrar essas ppdm em suas famílias, nas famílias.

A ppdm em crise aguda é medicada no hospital durante o internamento e após a estabilização dos sintomas este é entregue aos cuidados da família. Quando este não existe, a alternativa última é a institucionalização. Essa, muitas vezes, por tempo indeterminado, *quicá* o resto da vida.

O cuidado a uma ppdm acarreta sobrecargas tanto a nível físico, emocional, bem como económico e, muitas vezes quando a família não está preparada para encarregar dos cuidados ao seu ente doente, encontra como solução ou a institucionalização ou o abandono deste da sua sorte. Principalmente, quando “o familiar vai se desgastando pela convivência com a pessoa portadora da doença mental, acarretando a ele sobrecarga física e emocional e privando-o da sua própria vida para poder prestar um cuidado adequado” (Hirdes e Navarini, 2008, p.683).

Afirmam, Hirdes e Navarini (2008, p.683) que “a presença de uma pessoa portadora da doença mental produz um impacto nos outros membros da família, tendo em vista que, os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles”.

Com a criação do Centro de Apoio aos Doentes Mentais de São Vicente, as pessoas portadoras da esquizofrenia que deambulavam e viviam nas ruas da cidade, foram retiradas da rua e, encaminhadas ao centro após estabilizados ou compensados.

Essa instituição surgiu como forma de resolver um problema emergente, trouxe uma melhoria da qualidade de vida e um aumento da esperança de vida dessas pessoas, pois pelo menos as ppdm tinham como grantido a satisfação das necessidades básicas e sua própria segurança. No entanto, o problema mesmo foi quando não houve um retorno destes à sua família.

Assim, na medida em que foram recebendo mais pessoas e não havendo um trabalho multidisciplinar em prol da reinserção da ppdm nas respectivas famílias, o centro foi congestionando, chegando até a ultrapassar o seu limite. Neste momento, encontra-se resididos na totalidade cinquenta (50) ppdm (enquanto que a capacidade inicial era apenas de vinte e cinco (25)), nos quais doze (12) são do sexo feminino e os restantes trinta e oito (38) são do sexo masculino. Como forma de resolver esse problema, alargou-se o espaço, criou-se mais uma casa de banho, cederam o escritório para improvisar quartos de dormir e neste momento, são oito (8) a dez (10) pessoas por cada quarto.

Face a esta problemática, nota-se que é de grande relevância não somente intervir no sentido de descongestionar o centro e dar oportunidade a outros que precisam de um lar para viver até que se encontre outra solução, mas também no sentido de desinstitucionalizar as ppdm e reintegrando-as nas suas respectivas famílias/comunidade. Pois, a institucionalização prolongada é um factor de risco para a resiliência, concluindo que ao longo do tempo as ppdm podem perder a capacidade de lidar com as situações adversas que surgem no seu dia-a-dia e podem perder a capacidade de superarem a própria doença mental.

O objecto de estudo deste trabalho centraliza no contributo da enfermagem na reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizada na família. Para delimitar os factores que estão cingidos no objecto, pretende-se responder a seguinte pergunta de partida:

Qual é o contributo da enfermagem na reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família?

Ao responder essa questão de investigação, espera-se contribuir de forma inovadora, pois somente assim, acredita-se poder reverter de forma positiva a problemática da institucionalização prolongada/abandono. No entanto, é fundamental deixar claro que somente os enfermeiros não conseguem dar resposta a esse problema, esse desafio apenas é possível com a colaboração de uma equipa multidisciplinar, formada por enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e com a ajuda de parcerias, tanto com outros profissionais, bem como de várias instituições.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A escolha do tema vai justamente ao encontro à problemática acima referida. E suscitou um grande interesse, uma vez que a institucionalização prolongada traz consigo imensas consequências, nomeadamente a perda da socialização por estarem muito tempo longe do convívio social, perda da autonomia e auto-confiança e despersonalização da pessoa.

Constata-se que o que tem sido feito pouco reverte para a reinserção da ppdm institucionalizada na família. Portanto, achou-se pertinente trabalhar esta temática, no

sentido de contribuir para a melhoria da situação destas pessoas e sensibilizar aos leitores e a sociedade para questões como abandono, institucionalização prolongada, estigma face a doença mental, um dos principais factores que impede e dificulta a sua reinserção na família/comunidade.

Como afirmam os autores Almeida, Felipes e Dal Pozzo (2011, p.46) “a falta de conhecimento e o entendimento correcto sobre a doença são elementos que dificultam o decorrer do tratamento, além de aumentar o sentimento de incapacidade e de desamparo por parte da família.”

É possível que o enfermeiro contribua, dentro de uma equipa multidisciplinar, para a reinserção da pessoa portadora da doença mental, disponibilizando informações sobre a doença à família, diminuindo os diversos tipos de sobrecarga aliado ao cuidador da ppdm no seu seio familiar e permanecendo em proximidade com a família, olhando-a como um ser holístico.

Assim, esse estudo revela ser de grande relevância, pois enfatiza a situação vivida pelas pessoas portadoras da doença mental e as suas respectivas famílias, mostra o motivo do abandono na instituição, as dificuldades enfrentadas pelas famílias e principalmente pelo cuidador, a necessidade de um trabalho com essa população no sentido de melhorar as suas condições de vida, de saúde e auxiliá-los no cuidado do seu ente doente de forma a diminuir a sua responsabilização e sobrecarga em diversos níveis, bem como a necessidade de trabalhar as famílias para que no futuro elas podem ser mais autônomas em prol do cuidado dos membros doentes.

O estudo realça também tanto o contributo que a disciplina de enfermagem pode trazer em prol da reinserção deste na família, bem como a relevância do trabalho multidisciplinar para responder as necessidades desta família como um todo.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. 1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL

É preciso para a compreensão deste trabalho um pequeno vislumbre da história da doença mental e da pessoa em sofrimento psíquico, pois somente o conhecimento do fenómeno social numa certa época é capaz de fazer-nos entender o que vivenciamos actualmente.

Houve uma série de mudanças sobre as concepções da doença mental, que para melhor compreendê-la foi necessário descrever a doença mental em três perspectivas: mitológica-religiosa, psicológica e organicista (Pessotti cit. por Dantas, 2014, p. 25).

A *perspectiva mitológica-religiosa* teve o seu início na Grécia e Roma Antigas onde registou-se casos de pessoas com problema mental. Naquela época a doença mental era vista como uma intervenção dos 26 deuses, pois eles demarcam os desejos e as acções das pessoas, sendo assim, a cura da doença mental somente poderia ser concebida pelos deuses (Pessotti cit. por Dantas, 2014, p. 25-26).

A *perspectiva psicológica* começa-se a aceitar a influência psicológica das emoções sobre o corpo (Pereira cit. por Sapadini e Sousa, 2006, p.124).

A *perspectiva organicista* teve o seu começo na Idade Antiga, com Hipócrates, o fundador da Medicina. De acordo com esta perspectiva a doença mental está ligada às disfunções somáticas, produzidas casualmente, e de forma mediata, por eventos afectivos. Segundo Hipócrates a doença mental vai aparecendo quando a flegma bloqueia a passagem de ar ao cérebro, causando a desnutrição e o esfriamento deste. Provisoriamente sem alimentar, o cérebro movimenta-se, afectando os sentidos e as percepções sensoriais (Pessotti cit. por Dantas, 2014, p.28).

Segundo esta perspectiva a cura poderia ser possível através do equilíbrio entre os humores e o meio externo (Dantas, 2014, p.29).

A *perspectiva sociológica* da doença mental é marcada pela exclusão das pessoas com problemas mentais, juntamente com as pessoas inválidas, idosos na situação de miséria, mendigos, desempregados e pessoas com doença sexualmente transmissíveis, ou seja internavam todas as pessoas que segundo a moral e a sociedade eram consideradas incomuns (Caponi e Foucault cit. por Dantas, 2014, p. 30). Este foi o período das internações compulsivas em larga escala, denominado de “A Grande Internação”, pelo autor Foucault (cit. por Dantas, 2014, p. 30).

Conforme Stockinger (cit. por Dantas, 2014, p. 33) Pinel e seu sucessor, o alienista Jean Etienne Esquirol (1772-1840), acreditavam que as pessoas com problemas psíquicas deveriam ser tratadas em manicômios (Dantas, 2014, p. 33). E que isolar as pessoas com problemas mentais não tinha apenas a finalidade de experimentar um modelo de tratamento, mas era vista como uma condição médica necessária.

Assim, as pessoas com problemas mentais foram desvinculadas do seu contexto social, passando a viver de uma forma institucionalizada.

É somente no século XIX, segundo Osinagaé (cit. por Sapadini e Sousa, 2006, p.124) “[...] que a loucura recebeu seu *status* de doença mental”.

Isto tudo para dizer que, não basta haver inovações a nível tecnológicas e uma série de conhecimento acerca da doença mental, muitas vezes é necessário buscar as significações culturais que a sociedade dá à própria saúde/doença para prestar melhor assistência. Pois, são as concepções culturais, como sejam os valores, as crenças das pessoas interferem muito aquando da intervenção, e deve-se ter em conta que é importante respeitar sim, mas também deve-se moldar as pessoas no sentido de eles perceberem a linha que separa o saudável do que pode ser patológico.

1.2.OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Após abordarmos a história da doença mental, introduzir-se-á os conceitos de saúde e doença mental.

Em cada sociedade existe uma concepção do significado saúde-doença e, o da doença mental não foge à regra. Portanto, não é de estranhar que em algumas sociedades, comportamentos fora do padrão moral e dos valores da sociedade são vistos como desvio ou perturbação mental. Esta forma de entender, conceitos de saúde/doença mental leva à uma consequente exclusão e privação da pessoa do seu convívio social.

Para compreender o conceito de saúde mental importa antes esclarecer o de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (cit. por Bussul, Oliveira e Volpato, s/d, p.4) define saúde como sendo “não apenas a ausência de doença, mas como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”.

O conceito de saúde mental é ainda mais amplo e foi definido pela Organização Mundial de Saúde (cit. por Fazenda, 2006, p.8), como sendo:

- Um estado de bem-estar subjectivo;
- Capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal;
- Competências na vida pessoal e social;
- Capacidades de autonomia e escolha de um projecto de vida;
- Auto-realização intelectual e emocional;
- Adequação à realidade.

Segundo Fazenda (2006, p.8), “a saúde mental depende tanto de factores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do *stress* e outros factores de risco, e da luta contra o estigma”.

A doença mental, por sua vez, é mais difícil de definir uma vez que abarca várias perturbações que influenciam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que por ausência ou deficiência das capacidades anteriores à doença (Fazenda, 2006, p.7). As doenças mentais “manifestam-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades” (Fazenda, 2006, p.7).

O *Relatório Mundial da Saúde* (cit. por Fazenda, 2006, p.7) afirma que a perturbação mental “caracteriza-se por alterações do modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta de factores biológicos, psicológicos e sociais”.

Assim sendo, considera-se que a pessoa padece de uma perturbação mental, não quando ocorre um comportamento anormal num curto período, mas quando essa anormalidade é mantida, resultando em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal (Esteves, 2011, p.19).

Constata-se que a doença mental tem impacto de diversa ordem: física, psicológica e social, ou seja provoca alterações no contexto familiar, laboral e outros aos quais a pessoa pertence, neste sentido o tratamento não deve limitar-se tão somente a doença, mas incidir-se na pessoa como ser holístico, dando resposta às suas necessidades biopsicossociais (Esteves, 2011, p.18).

Portanto, acredita-se que a intervenção deve ser multidisciplinar e apoiando-se no modelo biopsicossocial.

1.3. DETERMINANTES DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

Existem diversos factores que podem levar a pessoa a vir a ter perturbação mental ou comportamental, e esses factores podem ser de natureza social e económico, demográficos (sexo, idade), ameaças graves (conflitos, desastres), a presença de doença física grave e o ambiente familiar (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p.83).

Muito resumidamente, elucidar-se-á de seguida tais determinantes e mostrar-se-á como estes podem influenciar o aparecimento das perturbações mentais ou comportamentais.

Pobreza

Afirma a Direcção-Geral da Saúde (2002, p.85) que “ os países pobres têm menos recursos para a saúde mental e esses recursos muitas vezes não estão disponíveis para os sectores mais pobres da sociedade.”

Percebe-se que o nível de tratamento oferecido por essa camada social mais fragilizada acaba sendo deficitário. Os fracos recursos económicos, o nível de escolaridade reduzido, o baixo estatuto social trazem obstáculos ao acesso aos cuidados.

A pobreza acaba actuando em dois polos: uma no sentido em que predispõe a pessoa a doença, devido a situações tais como o desemprego, carência ou falta de habitação, noutro no sentido em que serve de obstáculo no acesso aos cuidados de saúde.

Sexo

Tem surgido algumas diferenças entre os tipos de doença mental que mais prevalecem nos diferentes géneros, como por exemplo, as perturbações da ansiedade e a depressão, são mais frequentes no sexo feminino, enquanto que as perturbações causadas pela utilização de substâncias psicoactivas são mais frequentes no sexo masculino (Gold cit. por Direcção-Geral da Saúde, 2002, p. 86).

A mulher por possuir factores tais como, as mudanças fisiológicas, mudanças de estado psicológico e juntamente com a sobrecarga muitas vezes causada por desempenhar o papel de cuidadora de família, pode acabar sendo alvo de um maior *stress* podendo sujeitar -se a uma perturbação mental, isto caso ela for incapaz de modificar o ambiente gerador do *stress* (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p. 86-87).

A violência doméstica e sexual também é um dos factores que pode trazer problemas mentais à mulher, afirmando a Direcção-Geral da Saúde (2002, p. 87) que “já se estimou que uma em cada cinco mulheres sofre estupro ou tentativa de estupro durante a sua vida. Essas ocorrências traumáticas têm consequências psicológicas, sendo as mais comuns as perturbações depressivas e as devidas à ansiedade”.

Idade

A idade é um factor importante nas perturbações mentais. Segundo Rohde, Zavaschi, Lima, Assunção Jr., Barbosa, Golfeto e Reis (2000, p.2) “alguns estudos internacionais têm indicado que a prevalência geral dos transtornos mentais na população de crianças e adolescentes situa-se entre 10% e 15%”. E esses transtornos têm consequências na vida adulta. Nota-se também, uma elevada prevalência de perturbações na velhice (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p. 88), isto muitas vezes ligadas a degradação que as pessoas vão tendo ao longo do tempo e também de acordo com o estilo de vida que levam.

E, é frequente na faixa etária dos idosos a prevalência de perturbações mentais tais como o Alzheimer, demência e depressão. Sendo que, a depressão é frequente entre os idosos e os estudos mostram que 8%-20% dos que tomam cuidados na comunidade e 37% dos que os recebem a nível primário padecem de depressão (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p.89).

Conflitos e desastres

Os conflitos, inclusivé guerras, conflitos cívís, e os desastres afectam um grande número de pessoas resultando em problemas mentais. Surge assim, como diagnóstico a perturbação pós – stress traumático, frequentemente concomitante a perturbações depressivas ou de ansiedade, devido a esses desastres (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p.89).

Essas situações de conflitos muitas vezes dão-se em países onde existe um alto nível de pobreza, sendo assim, essas pessoas tendem a ter maior dificuldade em conseguir alcançar os cuidados de saúde que necessitam.

Doenças físicas graves

As doenças físicas graves, nomeadamente as doenças crónicas, afectam a saúde mental da pessoa e da família. Muitas vezes, as doenças mentais causados pelas doenças físicas graves surgem devido ao estigma que vem ligado a doença, como no caso de pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A própria pessoa e os

familiares ficam sem saber como lidar com o estigma, acabando muitas vezes por isolarem-se devido a vergonha, o que pode gerar perturbações mentais, nomeadamente a depressão (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p.90).

Factores familiares e ambientais

Existem alguns acontecimentos na vida que deixam-nos vulneráveis, tais como, a perda de emprego, perda de cônjuge ou um familiar. O impacto desse acontecimento pode ser de tal modo que poderá ser considerado como um factor de risco perante o surgimento das doenças mentais. Pois, constata-se que as perturbações mentais estão interligadas ao ambiente social da pessoa e que diferentes factores sociais afectam o início, a progressão e o resultado dessas perturbações. O ambiente social e emocional dentro da família também cumpre uma função fundamental nas perturbações mentais (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p.91).

Assim, a Direcção-Geral da Saúde (2002, p.91) afirma que:

Inicialmente observou-se o efeito dos acontecimentos vitais na depressão e na esquizofrenia, mas posteriormente veio a descobrir-se uma associação entre acontecimentos vitais e diversas outras perturbações e afecções mentais e comportamentais. Destaca-se entre elas o suicídio.

1.4. TIPOS DE DOENÇA MENTAL

Existe uma multiplicidade de doenças mentais, no entanto para nós é pertinente citar apenas as mais frequentes no nosso contexto. Segundo os Serviços de estatística do Hospital Batista de Sousa, no ano de 2013, os internamentos verificaram-se devido aos seguintes tipos de doença mental: doenças psicóticas associadas às substâncias psicoactivas, tais como: álcool, *cannabis* e misturas (com álcool, *cannabis* e cocaína); doenças psicóticas, tais como, esquizofrenia e transtorno delirante; transtorno de humor: bipolar e esquizotípica; transtorno de personalidade e comportamental; atraso mental e depressão.

1.4.1. Esquizofrenia

Sendo a esquizofrenia a doença mental mais prevalente nas pessoas institucionalizadas no CADM-SV, considera-se pertinente fazer uma breve abordagem sobre esta psicopatologia.

O nome esquizofrenia deriva do grego “*skizo*” (dividir) e “*phren*” (mente) e foi criada pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler em 1908 (Townsend, 2011, p. 508).

Caracteriza-se como uma psicose crónica, sendo definida como uma “condição grave na qual existe uma desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda do contacto com uma realidade, ou distorção da mesma. Podem existir evidências de alucinações e pensamento delirante. A psicose pode ocorrer com ou sem a presença de limitações orgânicas” (Townsend, 2011, p. 508).

A esquizofrenia geralmente tem o seu início na adolescência ou no começo da idade adulta. O princípio da doença pode ser repentino e manifestar-se de forma rápida, tendo a sua evolução em escassos dias ou semanas, no entanto, pode também surgir de forma lenta e insidiosa, prolongando meses ou anos até que seja realizado o diagnóstico. Embora seja uma doença que atinge sobretudo os adultos jovens, isto não quer dizer que não possa aparecer mais tarde (Afonso, 2010, p. 52).

Não existe uma causalidade única definida para a doença, mas [...] “resulta de uma combinação variável de pré-disponibilidade genética, disfunção bioquímica, factores psicológicos e *stress* psicossocial” (Townsend, 2011, p. 508).

A esquizofrenia abarca várias combinações possíveis de sintomas e pode diversificar de país para país (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.10). Em alguns casos a doença começa com uma “psicose precoce” ou uma fase “prodrómica”, sendo as características fundamentais que descrevem esta fase: perturbação do sono, distúrbio de apetite, notável comportamento incomum, sentimentos que aparentam embotados ou incongruentes aos outros, discurso difícil de se seguir, notável preocupação por ideias fora do comum, ideias de referência- pensar que factos não relacionadas têm significação especial, constantes sentimentos de irrealidade e modificações na maneira que as coisas surgem, soam ou cheiram (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.11).

Algumas pessoas podem apresentar os sintomas acima referido e nunca apresentarem esquizofrenia, enquanto que outras podem desenvolver a patologia e não apresentarem sinais de fase prodrómica, sendo que assim fica difícil recorrer a um tratamento precoce (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.11).

Esta patologia apresenta um leque de sintomas que são divididos em sintomas positivos e negativos (Cf. Anexo I). Entretanto, além dos sintomas negativos e

positivos, existe outra categoria de sintomas denominados de sintomas cognitivos que abarcam problemas como prestar atenção, recordar coisas e concentrar-se (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.13).

A esquizofrenia é uma doença muito complexa e o seu diagnóstico é efectuado por um psiquiatra, onde este vai realizar um leque de questões no que tange as suas experiências, tempo de evolução dos sintomas e o impacto destes na vida da pessoa (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.14).

Para que o psiquiatra diagnostique a esquizofrenia os sintomas da pessoa tem que ir ao encontro dos critérios de diagnóstico de esquizofrenia do *Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais* (DSM-IV-TR) ou a *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10) (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.14).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002, p.153-157) existem vários tipos de esquizofrenia, que são categorizados em cinco tipos: **tipo paranóide, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual** (Cf. Anexo II).

No que tange ao tratamento da esquizofrenia, este divide-se em tratamento farmacológico e não farmacológico. No tratamento farmacológico encontramos os antipsicóticos típicos ou convencionais e são da primeira geração (Ex: Clorpromazina, Flufenazina, Flupentixol, Haloperidol, Loxapina, Perfenazina e Tioridazina) e atípicos ou de segunda geração (Ex: Amisupride, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Sertindol e Ziprasidona), estes últimos causam menos efeitos secundários. Ao passo que o tratamento não farmacológico passa pela psicoterapia, psicoeducação, intervenção familiar e terapia ocupacional (Afonso, 2010, p.81-84).

Esses dois tipos de tratamentos são complementares e o ideal é uma intervenção por parte de uma equipa multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, de forma a abarcar todas as dimensões bio-psico-sociais.

É importante ter em conta que não chega apenas controlarmos os sintomas da patologia se não auxiliarmos a ppdm na sua reintegração social. É fulcral para as pessoas com doença mental sentirem que podem voltar a ter uma chance para desempenhar uma função activa na sociedade (Afonso, 2010, p. 90).

A esquizofrenia é uma doença mental crónica que a pessoa carregará a vida toda. Neste sentido, nada mais provável que ocorra recaídas, mesmo depois de longos períodos de estabilização da doença, caso este abandonar o tratamento. O objectivo

terapêutico é precaver as recaídas e estender o mais possível a fase de remissão. Porém, as vezes, isto torna impossível e aparece novamente um novo período de agudização da patologia (Afonso, 2010, p. 54).

É fundamental que se intervenha de forma precoce e que a pessoa e a sua família estejam preparadas para conhecer os **sinais de crise** que permitem prevenir uma recaída (Cf. Anexo III). Uma intervenção a tempo melhora o prognóstico da crise e torna possível deste modo impedir muitos internamentos (Afonso, 2010, p.55).

É importante também levar em consideração que a esquizofrenia tem um grande impacto na vida da pessoa, bem como na sua família. No entanto, o impacto varia de pessoa para pessoa, pois algumas apenas têm um “episódio psicótico” ficando mal e depois tentam manter o seu bem-estar, enquanto que outros recuperam ao fim de algum tempo, com algumas recidivas e outro episódio psicótico (Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.16).

Sendo a esquizofrenia uma doença crónica a pessoa portadora da doença requerer cuidados contínuos, tanto da parte dos profissionais de saúde, bem como dos membros da família. Mas, é importante também que os profissionais de saúde tenham como alvo dos cuidados a família que cuida da pessoa portadora da esquizofrenia, tendo em conta o impacto da sobrecarga. Pois, conforme elucida a Associação de Promoção Da Saúde Mental- A PONTE (2014, p.16) “esta experiência pode ser muito desafiante e pode afectar áreas da vida dos prestadores de cuidados, particularmente na sua capacidade de trabalhar.”

1.5. ESTIGMA E DOENÇA MENTAL

A doença mental é uma realidade que prevalece na nossa sociedade e, o estigma ligado a ela resulta do medo do desconhecido, dum conjunto de falsas crenças que provoca a ausência de conhecimento e compreensão (Oliveira, 2006, p.25) Assim, torna-se fundamental desmistificar os mitos (Cf. Anexo IV) e os factos a volta da patologia mental.

É frequente a ppdm ser rotulada de “louco” pelo meio social. O próprio é por si só estigmatizante, ou seja, como se fossem parte de um grupo indesejável, subentendendo-se que serão sempre “doentes mentais”, negando-lhes o direito de serem considerados cidadãos como os outros (Oliveira, 2006, p.31). No entanto, isto não se vê nos

casos em que a pessoa possui uma doença de natureza física, como no caso da hipertensão arterial ou diabetes. Estes últimos ou são chamados pelo nome ou de Sr./Sra. caso desconheça-se a sua identidade.

Afirma Monteiro (2006, p.17) que:

[...] A manutenção das pessoas com doença mental numa organização que limitava a liberdade de circulação e o contacto com as outras pessoas, tem tido como consequência o desconhecimento e o aumento do receio e até a incapacidade em relacionar-se com as pessoas que vivem uma doença mental, aparecendo esta como um forte estigma do qual as pessoas em geral procuram distanciar-se.

O estigma sobre a doença mental pode surgir devido a vários factores. Este pode vir do medo (muitas vezes da agressividade), falsas crenças (que a doença não tem cura) e culpa e culpabilização do próprio. E, muitas vezes, a falta de conhecimento sobre um determinado assunto leva a especulação e a assimilação de ideias negativas perante o desconhecido. Referindo as autoras Viana e Almeida (2011, s/p) que “a falta de conhecimento e o estigma presentes são barreiras a serem superadas.”

O medo de que a ppdm é agressiva é uma ideia bastante comum na sociedade, no entanto passível de ser erradicado. A agressividade pode ocorrer sim, aquando da sua descompensação, muitas vezes como forma de defesa e ao serem abordados de forma incorrecta, mas na sua maioria não constitui uma característica definidora das doenças mentais.

A corroborar com a ideia do autor, realça que as pessoas portadoras da doença mental mostram tantos riscos de crime como os outros elementos da população em geral. Uma vez que, depois de recobrados e de regresso à comunidade, estas pessoas têm maior inclinação para se apresentarem ansiosos, tímidos e passivos, mais sujeitos a serem vítimas de crimes violentos, do que autores dos mesmos (Oliveira 2006, p.26).

Outro aspecto a destacar é que muitos pensam que todas doenças mentais não têm cura, mas há que perceber que alguns embora não possuem ainda cura, têm tratamento. Assim, defendem Viana e Almeida (2011, s/p) que “todos os transtornos mentais são passíveis de tratamento, possibilitando àqueles que vivem sob este julgo uma maior qualidade de vida e desenvolvimento de suas potencialidades.” E que, quando os cuidados e o tratamento são prestados, espera-se uma melhoria ou recuperação, que permite às pessoas voltarem à comunidade e resgatarem vidas normais (Associação de Promoção da Saúde Mental- A PONTE, 2014, p.8-9).

Geralmente, a doença mental surge como uma barreira que dificulta o contacto da pessoa com o ambiente em que está inserido, tornando-o alienado e na maioria das vezes privando-o de sua liberdade e da possibilidade do convívio com as pessoas. Essa exclusão acarreta grandes problemas no tratamento da doença, pois como seres humanos precisamos do convívio social para sentirmos aceitos e bem connosco.

Tais barreiras representam uma ameaça familiar, uma vez que as famílias oferecem não somente o apoio físico e emocional, mas carregam também o impacto negativo do estigma e da discriminação (Gomes, Martins e Amendoeira, 2011, p.53). Contudo, em alguns casos é a própria família que estigmatiza o seu familiar doente e é algo que ocorre desde o momento que a família pensa que ele é diferente e que, por isso, deve ser tratado de forma diferente (Monteiro e Barroso, 2000, p.25). Isto, muitas vezes acontece pois, a sociedade espera que as famílias eduquem seus familiares e que gerem elementos saudáveis capazes de integrar e produzir na sociedade.

De acordo com Almeida, Felipes e Dal Pozzo (2011, p.41-44) apenas haverá transformações na forma de lidar com o estigma da doença mental, quando houver um entendimento global da doença e no cuidado integral ao portador do sofrimento psíquico. Ou seja, a sociedade precisa ter maior conhecimento sobre a doença mental no sentido de minimizar a discriminação determinada pela mesma, uma vez que apesar de alguns avanços na psiquiatria, as pessoas com problemas mentais ainda sofrem estigmas de loucos, e acredita-se na privação do mesmo para não comprometer o convívio na sociedade.

Uma das formas possíveis de erradicar o preconceito ligado a doença mental é a utilização dos meios de comunicação social, pois assim como cita o autor Oliveira (2006, p.31) “os meios de comunicação social podem ajudar imensamente para eliminar o estigma, promovendo a compreensão e educação do grande público acerca destas doenças.”

Estas explicações devem ir desde o conceito da própria doença, as etiologias, sintomatologia, possíveis tratamentos e mostrar fundamentalmente que é importante para a recuperação da pessoa com doença mental o convívio da família e da sociedade (que restabelece o sentimento de pertença) e que ela tenha uma ocupação (que restaura a autoconfiança e autonomia).

É preciso, portanto, trabalhar na divulgação da informação, desmistificar os mitos dos factos ligados a doença mental, de forma a quebrar o estigma, para que a ppdm possa ser reintegrada no seu seio familiar/comunitário.

1.6. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

A família é vista como o grupo social mais importante da sociedade e tem vindo a sofrer transformações ao longo dos tempos, desde a sua estrutura como no desempenho dos seus papéis e nas interações com a comunidade (Amendoeira, Gomes e Martins, 2011, p.52).

Sendo que as famílias têm sofrido diversas alterações durante os tempos, tem surgido também vários autores para definir o conceito de família, pois o termo família há muito que não gira apenas em torno dos laços de consanguinidade.

O autor Hanson (2005, p.6) para nós é aquele que melhor define o conceito de família, pois ele tem um parecer bastante pertinente e abrangente sobre este conceito, argumentando que família “refere-se a duas ou mais pessoas, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto definidos.”

O mesmo autor, (Hanson, 2005, p.6) define família mediante várias perspectivas. Na óptica *legal* as relações são determinadas por laços de sangue, adopção, tutela ou casamento. A família é vista no ponto de vista *Biológica*, quando existem uma ligação genética entre as pessoas. *Sociológica*, quando um grupo de pessoas vive junto. *Psicológica*, quando um grupo de pessoas estão ligados por fortes laços emocionais.

Esta definição remete-nos às várias estruturas e tipos de família que existe actualmente (Cf. Anexo V).

1.6.1. Funções das famílias

As funções que as famílias têm desempenhado têm transformado com o passar do tempo. Algumas funções tornaram-se mais relevantes, outras menos.

Segundo Hanson (2005, p.27) as famílias tradicionais possuíam seis funções (1) asseguravam a sobrevivência económica, (2) reproduziam para assegurar a continuidade das espécies, (3) proporcionavam protecção, (4) transmitiam a fé religiosa, (5)

educavam (socializavam) os seus membros e (6) conferiam estatuto, enquanto que, as famílias contemporâneas transformaram algumas das funções anteriormente desempenhadas, e aceitaram novas funções, nomeadamente a função de relação e a de saúde. A *função de relação* baseia-se na relação para auto-definir a família e na *função de saúde* a família é responsável por manter os elementos saudáveis através da transmissão de atitudes, crenças, hábitos, promoção de saúde e cuidados aos doentes (Hanson, 2005, p.29).

1.6.2. Famílias cabo-verdianas

Segundo Herbert (2012, p. 29) “[...] os cabo-verdianos estão bem vinculados no conceito de família alargada, que vai resultar no que muitos autores citam como «comunidade».” Nas famílias cabo-verdianas é muito comum que os pais e filhos coabitem com outros membros da família. Este tipo de família é denominado de “comunidade” pois, até pessoas que não têm qualquer relação de consanguinidade com membros do agregado familiar, mas que mantém relações afectivas de alguma ordem, habitam o mesmo tecto.

Geralmente, na sociedade cabo-verdiana é atribuído à mulher a encargo da reprodução e do sustento do agregado familiar (Herbert, 2012, p.30), neste sentido, a mulher cabo-verdiana exerce imensas funções na família que são: mãe, esposa e chefe de família e muitas vezes é ela a responsável por cuidar dos membros, sejam eles saudáveis ou não.

É também muito comum, verificarmos na nossa sociedade famílias monoparentais, geralmente constituída por mãe solteira e os respectivos filhos. E, alega a autora Herbert (2012, p.30) que:

Em Cabo-Verde, o laço entre mães e os seus filhos superam, muitas vezes, a fragilidade dos laços entre marido e mulher, tendo em conta que, a relação entre uma mulher e o pai do seu filho é bastante volúvel, sobretudo nos estratos mais baixos da sociedade, onde os parceiros masculinos são efémeros e um elevado número de crianças não é educada pelos seus progenitores.

Não raramente depara-se com casos de famílias monoparentais em que a mãe, chefe de família e provedora do sustento da família, tendo a seu cargo um filho portador da doença mental teve de abandonar o seu emprego para cuidar do seu rebento. Ou casos

de uma mãe idosa com diversas patologias a cuidar sozinha do seu membro doente. Ou até mesmo, numa família chamada de ‘comunidade’ em que apenas um membro responsabiliza do cuidado da ppdm.

Assim, entende-se que o trabalho de reinserção seja bastante complexo e requer um profundo conhecimento das famílias quanto a sua estrutura, as suas crenças e valores. É essencial perceber que muitos apesar dos fracos recursos, continuam a cuidar dos seus membros doentes.

É importante, assim, reconhecer que a doença mental crónica pode desestruturar a família, uma vez que traz consigo mudanças de papéis e de responsabilidades e, que se a família já se encontrava desestruturada isto poderá trazer mais problemas a ela. Neste sentido, é preciso actuar junto da família, diminuir os seus problemas de desestruturação familiar e ampará-las em situações de dificuldades e antecipar as suas necessidades. Salientando os autores Macedo e Monteiro (cit. por Brusamarello, 2011, p.70-71) que:

Ao diagnosticar uma desordem familiar, o profissional de saúde deve trabalhar a percepção dessas famílias de modo a elaborar ou reelaborar seus conceitos e funções em busca de uma realidade na qual se tornem menos frequentes as relações conflituosas bem como as suas consequências. Trata-se de trabalhar com as famílias, auxiliando-as a encontrar condições para enfrentar seus conflitos e evitar que elas adoeçam mentalmente.

1.7. IMPACTO DA DOENÇA MENTAL CRÓNICA NA FAMÍLIA- SOBRECARGA FAMILIAR

Pretende-se analisar o impacto da doença mental crónica na família. Pois, a doença crónica, por não apresentar cura e o tratamento durar a vida toda, traz consigo um peso tanto para a pessoa, como para a família.

Foram realizadas investigações para a compreender a complexidade do processo pelo qual a família da ppdm experimenta, desde os primeiros sintomas até a compreensão, aceitação e equilíbrio. A família frequentemente demora anos numa das três etapas sempre presentes perante uma doença grave: negação, depressão e, finalmente, adaptação. A primeira destas fases é constantemente muito arrastada e a negação da doença pode conduzir a negação dos cuidados específicos, quer estes sejam medicamentos, quer outro tipo de apoio (Silva, 2004, p.41).

Uma pessoa que possui uma doença crónica sofre uma variedade de mudanças a muitos níveis: psicológicas, funcionamento corporal, social, familiar e pode vir a originar separação/privação da família e amigos e mesmo alterações de papéis sociais (Mendes, 2004, p.53).

Afirmam os autores Basteiro, Gil e Marín (2006, p.19) que a família é o meio envolvente mais próximo da ppdm e, em muitas vezes, aquele em que ele convive. A prática mostra-nos quão difícil é a convivência entre a família e a ppdm e, que as relações entre eles vão deteriorando com o tempo, não contribuindo para uma melhoria do processo de doença. Podendo, assim, gerar crises/ recaídas que finalizam em internamentos compulsivos. As famílias que vivem nestes aspectos, sob um peso de um alto nível de angústia, pouco a pouco, estão sujeitos a adoecerem.

A doença mental não é uma doença exclusivamente da ppdm, mas sim de toda a família. Mesmo quando as famílias parecem lidar bem, há um impacto notável sobre o estado de saúde mental dos familiares quando um dos membros da família padece da doença (Townsend, 2011, p.528).

As diversas funções e responsabilidades dos cuidadores muitas vezes acompanhadas dos gastos financeiros, podem levar que o cuidador experiencie uma sobrecarga. E, diversos factores, incluindo as condições socioeconómicas, recursos do cuidador e *stress*, podem influenciar a intensidade dessa sobrecarga (Cristóvão, Fernandes e Martins, 2012, p.145).

A sobrecarga familiar apresenta duas proporções: a **objectiva**, ou seja, o impacto directo na dinâmica da família (relações, economia, actividade profissional, quotidiano), seja pela patologia, seja pelo estigma; e a **subjectiva**, que constitui a forma como a sobrecarga é vivida por cada elemento da família, directamente relacionada com a dinâmica familiar (Cristóvão, Fernandes e Martins, 2012, p.145).

À família é colocado o papel de cuidadora para o qual não está preparada, não entende o comportamento da pessoa portadora da doença mental, nem as manifestações da doença, tendo de encarar ainda com a culpa, a sobrecarga física e emocional, o isolamento social, e, muitas vezes, complicações económicas (Gomes, Martins e Amendoeira, 2011, p.52). O isolamento social muitas vezes advém da vergonha da doença e do estigma ligado a ela que impede tanto a pessoa, como aos familiares de usufruir do convívio social.

Como referido anteriormente, geralmente é inculcida à mulher o dever de cuidar da ppdm para além de outras responsabilidades. Sendo assim, um enorme peso é suportado por elas, no caso da saúde mental, resultando em fragilidade e adoecimento das mesmas (Alves e Silveira 2011, p. 459-460).

Pelo que as famílias sofrerão por várias mudanças no seu funcionamento familiar, que abarcam diferentes dimensões da vida (Silva, 2004, p.43,44):

- As modificações nas rotinas domésticas e a prestação directa de cuidados [...], numa fase do seu ciclo vital onde a sua função familiar já, na generalidade, não incluía estes papéis;

- A tensão acrescida que aparece nas dinâmicas das famílias e da sociedade frequentemente relacionada com a sobrecarga de trabalho doméstico, divergências no sistema familiar, até culpabilizações;

- A relação do tipo conjugal pode ser especialmente posta em causa num processo disruptivo que leva muitas vezes à separação. A diminuição do convívio com a sociedade e o sentimento de isolamento leva na maioria das vezes ao enfraquecimento das redes sociais, que influencia de um modo negativo o bem-estar psicológico da família;

- As consequências ao nível financeiro traduzem também, não de forma rara, numa sobrecarga familiar. Pode surgir sobre a forma de encargo passivo (resultante frequentemente da situação do cuidado do familiar doente) ou de encargo activo (consequente do aumento das despesas dos fármacos e/ou outras formas de apoio). Os cuidadores podem deparar-se com pressões no sentido contrário: ampliar a carga horária de trabalho (para fazer face às necessidades financeiras) e a disponibilidade de tempo para cuidar da pessoa doente, que geralmente envolve a renúncia de períodos de férias ou a prática de actividades de lazer.

- As preocupações da família fixam-se principalmente ao futuro e a segurança da pessoa doente, com meios de subsistência, com saúde e a assistência disponível ou com aspectos da própria doença;

- [...] A necessidade de identificar as etiologias da patologia, o que leva para a subjectividade da culpabilização, mas pode também voltar-se num centro de tensão no sistema (quando um ou mais elementos procura culpabilizar outro, muitas vezes projectivamente);

- Também em termos de saúde física, as consequências da sobrecarga da doença mental para o prestadores de cuidados têm vindo a ser aprofundada nas pesquisas. Observa-se que os familiares de pessoas com doença mental graves mostram um índice de doença psiquiátrica *minor* superior ao da população em geral (Schene cit. por Silva, 2004, p.44).

Além dessas mudanças realizadas no funcionamento familiar muitas vezes encontra-se a emoção expressa (EE) ou clima emocional que está relacionada com a tensão familiar, com o tipo de transacções que acontecem na família e com a reactividade dos familiares ao comportamento da pessoa portadora da doença mental. Este conceito assenta em três elementos: comentários críticos, hostilidade e sobreenvolvimento emocional (há atitudes de superprotecção) (Cristóvão, Fernandes e Martins, 2012, p.146).

A sobrecarga familiar apresenta, frequentemente, uma série de problemas relacionados com o facto da situação em si ser desorganizadora, de muitas famílias não terem acesso a informação de que necessitam, ao mesmo tempo que existem problemas e dificuldades na comunicação com os profissionais e em que os recursos/ apoios na comunidade escasseiam (Cristóvão, Fernandes e Martins, 2012, p.146).

1.8. REINSERÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DOENÇA MENTAL INSTITUCIONALIZADA NA FAMÍLIA

O ser humano é uma ser gregário que para viver precisa do convívio social. E como a família é considerada o primeiro núcleo social, qualquer pessoa deseja no seu íntimo pertencer a uma família. Pois, é este sentimento de pertença que nos faz sentir bem connosco e poder contar com a ajuda do outro nos momentos difíceis, nomeadamente nas situações de doença.

A este propósito, Santos (s/d, p.4) realça a importância da família na reuperação da pessoa com doença mental. Salientando assim, que perante o diagnóstico de uma doença mental a aceitação e o apoio da família tem um papel preponderante na evolução do tratamento e na inclusão social. Pois, o conceito de pertença e autonomia permite que a ppdm resgate a sua auto-estima, auto-imagem e estabeleça-se enquanto sujeito da sua própria história.

A doença mental crónica traz consigo uma enorme sobrecarga para toda a família e muitas vezes esta encontra-se a mercê da sua sorte no que toca ao cuidado à ppdm. O desespero e desamparo por parte da família, aliados aos fracos recursos e apoios disponibilizados pelos profissionais de saúde, geralmente levam com que ela abandone o seu membro ou apele a institucionalização. Neste sentido, entramos numa problemática de institucionalização pois, quando esta é prolongada concomitante com a falta de um trabalho de reinserção familiar naturalmente causará consequências graves para a ppdm.

Ao falar da inserção das pessoas portadoras de doença mental, outrora institucionalizadas na família, deve-se levar em atenção, não apenas a sociedade que os exclui. Mas, a sua própria subjectividade, as limitações consequentes de muitos anos de institucionalização, como a mortificação do eu, a perda da identidade, a abolição do desejo, a perda da subjectividade através da objectividade institucional (Belini e Hirdes, 2006, p.569).

A institucionalização prolongada traz para a ppdm consequências tais como a despersonificação, perda da privacidade e perda da subjectividade devido as regras impostas pelas instituições que são aplicadas a todos os residentes de forma a garantir a ordem. Conforme postulado por Oliveira e Miranda (2000, s/p) “nos espaços institucionais, as actividades são realizadas mediante horários pré-estabelecidas e as pessoas são tratadas da mesma forma, como se possuíssem as mesmas características e as mesmas vontades e sobretudo a mesma noção de tempo.”

Além disso, a institucionalização prolongada surge também como um factor de risco para a resiliência. Por resiliência entende-se como sendo a capacidade de recuperar o funcionamento normal depois de viver uma situação adversa, sem que, contudo, a pessoa seja atingida por ela (Garmezy cit. por Silva, Elsen e Lacharité, 2003, p.149).

Neste sentido as ppdm podem perder a “capacidade” para superar as adversidades e a sua própria doença; a habilidade de lidar com mudanças; confiar na própria auto-eficácia e perder um repertório de estratégias e habilidades que dispõe para enfrentar problemas ou seja perder a capacidade de estratégias de *coping*.

Embora a institucionalização prolongada promova a perda da privacidade e do Eu, deve-se ter em atenção que em situações de crise/ desorganização/ descompensação, é relevante que alcance uma rotina diária de actividades que o ajudem a recobrar o equilíbrio e organizar as suas ideias e emoções (Oliveira e Miranda, 2000, s/p).

Antes de debruçar sobre a reinserção propriamente dita, entende-se que é necessário esclarecer o significado a desinstitucionalização. Bragança (2013, p.12) perspectiva a desinstitucionalização como sendo um trabalho terapêutico direccionado para a reedificação dos doentes mentais, quando estes doentes têm um longo tempo de internamento. Para tal, técnicos e especialistas avaliam meticulosamente as melhorias significativas dos doentes, na sua transposição para a sociedade, o que implica alterar modos de pensar, de sentir e de estar.

Complementando, a desinstitucionalização implica conquista da cidadania como processo de valorização dos seres humanos, para que possam ser entendidos como pessoas, com direitos a tomar decisões, com oportunidades de fazerem-se cidadãos e de terem a sua vontade e fala validadas (Belini e Hirdes, 2006, p.565).

No que concerne à reinserção, o Observatório Brasileiro de Informações sobre as Drogas (cit. por Cardozo, 2009, p.16) refere a um trabalho de reconstruir as perdas e criar ou fortalecer redes de apoio, determinar e resgatar uma rede social inexistente ou comprometida, no sentido de capacitar as pessoas a exercer de forma plena o seu direito à cidadania.

Reinserir uma pessoa com doença mental que já foi institucionalizada, na sua própria família é uma das formas que permite a melhora deste, pois permite que ele restabeleça o contacto social que outrora perdeu.

A reinserção social, como diti anteriormente, é um procedimento complexo, pois trata-se de uma reorganização pessoal, trabalhosa e dolorosa, principalmente para as pessoas que não usufruem do apoio das famílias ou de alguma pessoa próxima que possam vir a auxiliar e amparar na superação dessa fase. (Oliveira e Miranda, 2000, s/p).

Assim, é fulcral ter em conta que os profissionais de saúde não podem simplesmente colocar de volta o familiar portador da doença mental na família, sem antes fazer uma preparação, tanto para a ppdm como para a família. Assim sendo, é preciso saber se a família tem possibilidades de a receber e, caso não consiga, prover junto dela soluções possíveis.

Concluindo, é importante ter em consideração que a reinserção da pessoa em sua rede familiar e social requer uma avaliação e planeamento prévio quanto ao apoio proporcionado pelo familiar para o enfrentamento do tratamento; quanto ao suporte social, no que prevê actividades de lazer, possível vínculo empregatício e quanto à

oferta de serviços de saúde de referência, para o acolhimento da família (Freitas, 2012, p.17).

1.8.1. Factores que dificultam a reinserção

Existem factores que dificultam essa reinserção, e muitos deles verifica-se na nossa realidade que são: carência de informação por parte da família sobre a própria doença e como lidar com ela, carência de suportes disponibilizados às famílias, necessidade de um trabalho social por parte de assistentes sociais; fracas condições socioeconómicas e necessidade de um trabalho de reabilitação feita por terapeutas ocupacionais.

A carência de informação em torno da doença pode ser um factor preponderante que impede que a ppdm seja reintegrada na família, pois sem informação os familiares não saberão como lidar com a doença. E muitas vezes pelo medo do desconhecido, negam assim o direito do seu ente familiar de viver no seu seio. Pois, segundo Almeida, Felipes e Dal Pozzo (2011, p.46) “a falta de conhecimento e o entendimento correto sobre a doença são elementos que dificultam o decorrer do tratamento, além de aumentar o sentimento de incapacidade e de desamparo por parte da família.”

A família quando não possui condições socioeconómicas, mostra relutância em receber o seu membro, na medida em que ele acaba sendo mais uma “boca para alimentar” e muitas vezes porque a pessoa doente não exerce nenhuma ocupação e não contribuindo para o sustento da família, a ppdm acarretará uma sobrecarga financeira a família. Complementando assim, os autores Navarini e Hirdes (2008, p.683) que “em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família.”

É neste sentido que a terapia ocupacional poderia resolver o problema. A terapia ocupacional centraliza a sua intervenção em ajudar as pessoas com a finalidade de estas envolverem-se em ocupações importantes. A execução de uma actividade ocupacional concreta, possibilitando que a pessoa portadora da doença mental a realize, leva a que este melhore a auto-estima e a confiança, que está frequentemente fragilizada pela incapacidade causada pela própria doença em fase aguda (Afonso, 2010, p.84).

Todos os factores que neste momento impedem a reinserção da ppdm na família podem reverter-se, no sentido de facilitar essa reintegração e pode-se dizer que são exequíveis. No entanto, apenas serão alcançados através do esforço de todos, tanto do

Estado, da família, dos profissionais de saúde, das instituições de saúde, bem como da própria pessoa que padece da psicopatologia.

1.9. CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM NA REINserÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DOENÇA MENTAL INSTITUCIONALIZADA NA FAMÍLIA

A enfermagem como conceito subsiste possivelmente desde o princípio do mundo civilizado, com a prestação dos cuidados aos doentes ou enfermos por qualquer pessoa dentro do meio que tirasse tempo para cuidar daqueles que precisam (Townsend, 2011, p.121).

Papleau (cit. por Townsend, 2011, p.374) define a enfermagem como um processo interpessoal, como um instrumento educativo, uma força de aperfeiçoamento que visa promover o movimento da personalidade na discussão de uma vivência criativa, construtiva, produtiva, pessoal e em comunidade.

Papleau identificou diversas sub-funções dentro da função do enfermeiro, sendo eles: o estranho, o técnico, o professor, o líder, o substituto, o conselheiro (Cf. Anexo VI). Papleau acreditava que a relevância da enfermagem psiquiátrica está na sub-função do conselheiro. Sugerindo, assim, que os profissionais de enfermagem que trabalham no serviço de psiquiatria devem ter um saber geral de técnicas básicas de aconselhamento, pois neste sentido estabelece-se uma relação terapêutica ou de ajuda mediante a utilização das técnicas interpessoais (cit. por Townsend, 2011, p.121,122).

Mencionam os autores Moreira, Felipe, Goldstein, Brito e Costa (2008, p.41) que “a enfermagem por ser uma área de grande proximidade com a pessoa portadora da doença mental, deve ser capaz de envolvê-la na sociedade, ajudando-a e apoiando-a, bem como aos seus familiares [...]”, portanto, quando o enfermeiro utiliza ferramentas para estabelecer uma relação de ajuda ou uma relação terapêutica, cria um elo de confiança com o cliente/família permitindo a adesão deste ao tratamento e a sua continuidade, repercutirá na sua recuperação e conseqüentemente a reinserção da ppdm na família/comunidade acaba por ser um trabalho mais acessível.

É fulcral quando fala-se do contributo de enfermagem na reinserção da ppdm na família ter em conta, a contribuição dos enfermeiros não de forma individualizada, mas dentro de uma equipa multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente

social, terapeuta ocupacional). E, cada profissional de saúde que constitui a equipa multidisciplinar tem a sua função a desempenhar na reinserção da pessoa portadora da doença mental, funções essas que além de serem diferentes, complementam-se entre si.

Neste sentido, postula Sadigursky (2002, p.50-51) que:

Esse trabalho deve-se basear no saber, no conhecimento, e experiências individuais, que serão somados, no qual qualquer um tem o mesmo grau de importância, podendo, portanto, ser o líder. Isso requer que cada profissional assuma a responsabilidade de desenvolver suas actividades de acordo com os demais, em cooperação, incluindo também a participação da pessoa portadora da doença mental e da sua família.

No que concerne a função dos enfermeiros, é esperado que contribuam, de forma geral, como postula Sadigursky (2002, p.52) das seguintes formas:

- A formação de grupos operativos constituídos pela pessoa portadora da doença mental e a família;
- Participe de programas de orientação e educação à nível comunitário, bem como dos grupos de trabalhos, de terapias e programas de treinamento e supervisão de pessoal auxiliar e visita domiciliar;
- Seja agente socializador, promovendo atendimento individual em situações de crise/emergência;
- Intervenha nos quadros agudos e crónicos;
- Realize consultas de enfermagem tendo em vista uma abordagem bio-psico-social da pessoa portadora da doença mental, elaborando planos de cuidados personalizados;
- Execute a triagem da pessoa portadora da doença mental/usuários na admissão;
- Oriente a alta e referencie a pessoa para outros serviços, criando um ambiente terapêutico, conservando um trabalho com respeito e harmonia, através das relações interpessoais positivas com a pessoa/família e demais profissionais da equipa;
- Participe de reuniões de grupos de discussões e integre em grupos de investigação científica.

Essas são as acções que os enfermeiros podem desenvolver no seu trabalho diário, como agente terapêutico, integrante activo de uma equipa transdisciplinar de atendimento à saúde mental (Sadigursky, 2002, p.52).

Por meio das acções supracitadas, destacou-se algumas acções pertinentes para a reinserção da ppdm institucionalizado na família. Sendo elas, as actividades de

Educação para a Saúde (EpS) para a ppdm/família/comunidade; Visitas Domiciliárias (VD), e a própria preparação da alta e apoio em situações de crise, ou seja aquando das recaídas.

Educação para a Saúde:

Já se havia afirmado anteriormente que o enfermeiro possui diversas sub-funções e, uma delas é a de professor. Neste sentido, espera-se que os enfermeiros exerçam o seu cargo de educador, isto é, promovendo a saúde através de práticas de EpS, que neste caso deva ser tanto em prol da promoção da saúde mental e, deva permitir que a reinserção seja efectuada.

Afirma Laverack (2004, p.12) que “a educação para saúde encarrega-se da programação da agenda e de aumentar a consciência crítica relativamente aos programas de promoção de saúde. Sem a inclusão de estratégias pedagógicas, os programas de promoção de saúde pouco mais seriam do que processos manipuladores de coação e de controlo da comunidade.”

As práticas de EpS para serem bem sucedidas devem ser previamente programadas, identificando as necessidades do público-alvo, para depois serem implementadas e avaliadas. É necessário definir os objectivos de forma clara e considerar os recursos humanos e materiais disponíveis (Carvalho e Carvalho, 2006, p.51-52).

Para ser mais claro, os programas de EpS devem contemplar as seguintes etapas: análise da situação, determinar necessidades educativas, [...] justificação da necessidade do programa, definição dos objectivos, determinar estratégias de intervenção, actividades e metodologia educativa, provisão de recursos e desenho da avaliação do programa (Osuna e Moral cit. por Carvalho e Carvalho, 2006, p.53).

É importante esclarecer que essas acções de EpS vão desde o esclarecimento de aspectos ligados a patologia, como conviver com a doença do familiar e gerir o *stress* que isto acarreta, quebrar o estigma mostrando o que é mito e o que é facto, isto, nas diversas faixas etárias, desde a idade pré-escolar até a velhice. E, permite que o indivíduo, ao apreender as informações, tenha uma maior autonomia, melhoria da auto-estima e mudanças de comportamentos relativamente a sua saúde.

Visitas Domiciliárias:

As visitas domiciliárias consistem num instrumento facilitador na abordagem da ppdm e sua família.

Mencionam Stanhope e Lancaster (1999, p.882) que:

Os cuidados de saúde domiciliários na sociedade actual não podem ser simplesmente definidos como ‘cuidados em casa’. Eles incluem um conjunto de serviços de prevenção da doença, promoção de saúde e de intervenção de caso de doença episódica prestados aos indivíduos nos seus locais de residência.

As VD possibilitam aos profissionais de saúde conhecer a estrutura familiar e a sua dinâmica, diagnosticar as suas necessidades de conhecimento, situações que trazem riscos à saúde dessa família, verificar o grau de envolvimento dos membros da família no tratamento do seu ente doente, apoiá-las quanto ao cuidado (gestão da sobrecarga, verificar se a medicação está a ser efectuada de forma correcta), evitar as possíveis recaídas da ppdm e fazer encaminhamentos em casos de necessidade.

As visitas domiciliárias podem ser ajustadas de acordo com a necessidade ou dificuldade da pessoa. E quando o grau de independência aumenta, a necessidade do serviço diminui. Elas são organizadas com o objectivo de promover a qualidade do cuidado e provendo a sua continuidade (Stanhope e Lancaster, 1999, p.883).

Corroboram os autores Stanhope e Lancaster (1999, p.889) que “é importante lembrar que a enfermagem de cuidados de saúde domiciliários é uma área da enfermagem comunitária. Assim as actividades de promoção da saúde são uma componente fundamental no exercício.”

E, aludem Jorge, Randemark, Queiroz e Ruiz (2006, p.738) que:

A visita domiciliar é uma atividade destacada em sua importância para a promoção da reabilitação psicossocial, uma vez que através dela se pode observar o relacionamento familiar, identificando os membros que apóiam o portador na conquista por novas habilidades e aqueles que dificultam esse processo. Com isso, o profissional contribui para que a família alcance um maior nível de desenvolvimento.

Deste modo, verifica-se a importância de investir numa saúde mental virada à comunidade, não somente como forma de dar continuidade aos cuidados à ppdm/família, mas no sentido de actuar na prevenção primária e promoção da saúde mental.

Em jeito de conclusão, vale destacar que antes das VD serem realizadas é necessário seguir os seguintes passos: identificar as necessidades de actuação, planear a VD, implementá-la e avaliá-la, no sentido de verificar se os objectivos foram alcançados

e, caso não forem todos alcançados, intervir novamente (Stanhope e Lancaster, 1999, p. 889).

Preparação da alta:

A preparação da alta é da responsabilidade dos enfermeiros e é importante na reinserção da ppdm, institucionalizada, na família, pois após a alta é a família a responsável pela continuação do cuidado do seu ente doente. Neste sentido, a família precisa de uma preparação prévia para receber o seu membro e prestar os cuidados necessários. A preparação cuidadosa e apropriada da alta, tendo por base a comunicação terapêutica oferece informação as ppdm e aos prestadores de cuidados, e possibilita a compreensão da informação e a memorização do conteúdo (Moraes, 2010, p.34). Mediante o Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão ao Tratamento de Ley, esses pressupostos são fundamentais para a satisfação das ppdm e dos familiares em relação aos cuidados prestados e favorecem o cumprimento das orientações dos técnicos de saúde. Pois, este modelo defende diz-nos que quando a pessoa compreende a informação que o profissional de saúde transmitiu, leva conseqüentemente a memorização e, este por sua vez permite que o cliente fique satisfeito com a prestação do serviço e, portanto, permite a adesão ao tratamento (Ogden, 2004, 94-95).

A literatura mostra que o planeamento adequado da alta corrobora, por um lado, para cuidados humanizados prestados à população e, por outro, possibilita a minimização de situações de dependência e de isolamento social (Moraes, 2010, p.35).

Resumindo, as funções do enfermeiro na reinserção da ppdm estão direccionadas para a promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, auxílio da pessoa portadora da doença mental a confrontar as pressões da doença e competência de assistir tanto a pessoa, bem como a família e a comunidade, apoiando-os a reaverem o verdadeiro sentido da doença mental (Villela e Scatena, 2004, p.739).

Os autores Villela e Scatena (2004, p.739) mencionam, ainda que “o enfermeiro é uma «peça» fundamental na identificação precoce das possíveis situações de problemas mentais e para a desmistificação de todos os preconceitos ainda existentes”.

Vale ressaltar que ante a intervenção é relevante que o enfermeiro realize um diagnóstico de enfermagem apoiando no Manual de Diagnosticos de Enfermagem (*North American Nursin Diagnosis Assotiation* - NANDA), embora neste trabalho será

utilizado o livro *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*, que presumiu-se ser mais completo e que vai ao encontro do modelo biopsicossocial.

Segundo Carpenito (1997, p.29) “o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que descreve um tipo específico de problema ou de resposta que a enfermeira identifica.”

Para que um diagnóstico seja considerado completo, o enfermeiro deve considerar a Definição; as suas Características que a Define ou Características Definidoras e os Factores Relacionados.

Neste sentido, apresenta-se de uma forma geral, os diagnósticos de enfermagem para a situação de institucionalização/ reinserção da ppdm institucionalizado na família: Risco para o desgaste do papel do cuidador; Desgaste do papel do cuidador; Processos familiares alterados; Manutenção do lar prejudicada; Déficit de conhecimento; Fadiga; Interação social prejudicada; Isolamento social; Controlo ineficaz do regime terapêutico familiar; Risco para nutrição alterada: ingestão maior do que as necessidades corporais; Nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais; Distúrbio do padrão do sono; Desesperança; Ansiedade; Estratégias ineficazes de resolução individual; Déficit de lazer; Manutenção de saúde alterada; Risco para a solidão e Baixa auto-estima.

No que concerne à realização das Intervenções de Enfermagem utilizou-se a *Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification/ NIC)*.

Mencionam os autores Bulechek, Butcher e Dochterman (2008, p.3) que “uma intervenção é definida como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente.”

Seguidamente, serão apresentadas algumas possíveis intervenções de enfermagem, conforme a NIC, para a reinserção da ppdm na família. No entanto, salienta-se que essas acções são adaptadas ao contexto de cada ppdm e sua família e podem ser alteradas ou eliminadas consoante a sua eficácia ou não, após avaliar os resultados das acções de enfermagem utilizando o Manual de *Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification/ NOC)*.

As possíveis intervenções de enfermagem para a reinserção da ppdm institucionalizada na família que estão associadas aos diagnósticos supracitados são

(essas intervenções podem ser para a ppdm e a família): Apoio ao cuidador; Suporte emocional; Redução da ansiedade; Redução por *stress* por mudança; Incremento ao sono; Promoção da actividade/exercício; Melhora da socialização; Manutenção do lar; Controlo da medicação; Controlo da dieta; Aconselhamento nutricional; Controlo do peso; Promoção do envolvimento familiar; Mobilização familiar; Grupo de Apoio; Modificação do comportamento: habilidades sociais; Melhoria da auto-estima; Ensino: processo de doença; Plano da alta; Melhoria do sistema de apoio; Grupos de apoio; Suporte a família; Mobilização familiar; Promoção da integridade familiar; Desempenho de papel alterado e Promoção da capacidade de resiliência.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA

2. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório cujo problema de investigação será abordado de forma qualitativa, a filosofia de pesquisa é fenomenológica, a lógica de pesquisa é indutiva, a estratégia de pesquisa utilizada é pesquisa-acção e quanto ao horizonte de tempo o estudo que se apresenta é de carácter transversal.

Assim, aludem Fortin e colaboradores (2009, p.221) que “os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação.”

A metodologia qualitativa, consoante Fortin e colaboradores (2009, p.29-36), apoia-se 2a filosofia de pesquisa fenomenológica na base do raciocínio indutivo e o intuito é descrever e entender a essência da experiência tal como é vivida e referida pelas pessoas que viveram essa experiência. Ela está assente à corrente naturalista, os factos e os princípios estão enraizados em contextos históricos e culturais. Na metodologia qualitativa, os fenómenos são únicos e não previsíveis e a forma de pensamento está direccionada a percepção total do fenómeno em estudo.

O estudo transversal serve para a medição da frequência de aparecimento de um fenómeno ou de um problema numa população numa dada circunstância (Fortin e colaboradores, 2009, p. 252).

2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Na primeira etapa, foi empregue um guião de entrevista que é um método de recolha de dados muito utilizado na investigação qualitativa.

O tipo de entrevista aplicado para a realização do estudo foi a entrevista semi-estruturada, sendo a mais utilizada quando o autor pretende obter informações mais detalhadas sobre um determinado assunto. E, quando ele pretende entender o significado de um evento ou de um fenómeno vivido pelos intervenientes (Fortin e colaboradores, 2009, p.376-377).

A entrevista foi direccionada às famílias das ppdm institucionalizadas e aos profissionais que colaboram com o CADM-SV, mesmo não estando integrados no quadro de profissionais do respectivo centro.

Como forma de orientar a condução das entrevistas utilizou-se um guião para as famílias (Cf. Apêndice I) e outro guião para os profissionais (Cf. Apêndice II).

Outro método de recolha de dados utilizado foi a observação directa, mediante utilização de um guião de observação (Cf. Apêndice III).

2.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo cinco (5) membros da família das ppdm institucionalizadas e seis (6) profissionais no sentido de compreender o fenómeno do abandono.

Relativamente aos familiares possuem idades compreendida entre os 60 e os 84 anos e todas são do sexo feminino. Acerca do grau de parentesco que estas possuem com as ppdm institucionalizadas, quatro (4) são mães e as restantes são irmãs do membro institucionalizado. No que concerne às habilitações literárias, duas possuem a 4^a classe de antigamente, uma possui a 2^a classe e as restantes são analfabetas. A maioria das entrevistadas encontra-se empregada, outra aposentada e, a excepção de uma, todas recebem ou pensão social, ou pensão de viuvez ou aposentadoria (Cf. Apêndice IV).

Apesar das ppdm membro das famílias entrevistadas não fazerem parte do estudo em si, achamos pertinente fazer uma breve descrição desses usuários, de modo a proporcionar um olhar holístico à temática em questão. Eles têm idades compreendidas entre 41 e os 59 anos e, exceptuando uma que é do sexo feminino, todos são do sexo masculino. No que tange ao tempo de institucionalização, este compreende entre 4 meses e os 5 anos. De todos os ppdm, apenas dois possuem família constituída, com respectivos filhos. E, com excepção de um deles, que recebe um subsídio de Portugal, nenhum possui uma pensão social (Cf. Apêndice IV).

Quanto aos profissionais, estes foram: um (1) enfermeiro, um (1) psiquiatra, uma (1) psicóloga, dois (2) assistentes sociais, o responsável do centro e têm idades compreendida 30 entre e os 56 anos, três (3) são do sexo masculino e três (3) do sexo feminino. As habilitações literárias dos profissionais entrevistados são: Licenciatura em Enfermagem, Licenciatura em Medicina, Licenciatura em Serviço Social e Pós-

graduação em Vigilância Sanitária; Pós-graduação em Intervenção Social Aplicada ao Ensino Superior; Licenciatura em Ciências Sociais e possuem um tempo de experiência profissional compreendidos entre seis (6) a vinte e quatro (24) anos.

2.4. DESCRIÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO

Primeiramente descrever-se-á o centro onde as ppdm se encontram institucionalizadas e de seguida fazer-se-á uma descrição de forma generalizada dos domicílios em que as respectivas famílias das ppdm vivem.

2.4.1. Descrição do Centro

O centro de Apoio aos Doentes Mentais da C.M.S.V. foi inaugurado pela Câmara Municipal de São Vicente a 30 de Janeiro de 2009, tendo entrado em funcionamento a 16 de Fevereiro do mesmo ano. Está localizado na Vila Nova em frente a Praça, funcionam sob um regime semi-aberto, podendo apenas receber visitas nos períodos compreendido entre as oito (8) e as dezoito (18) horas.

Esta obra teve como finalidade fornecer a ilha de São Vicente um sítio onde acolher as ppdm sem apoio familiar (para a sua própria segurança e a da população).

O centro permitiu não só um aumento da esperança de vida, como também uma melhoria da qualidade de vida das ppdm que outrora deambulavam pelas ruas.

A estrutura física do centro comporta os seguintes compartimentos: cozinha (1); refeitório (1); dormitórios (6), sendo que um deles destinado apenas as mulheres; casas de banho separadas por sexo (2); quintal (1) e um pequeno escritório.

Inicialmente a instituição contava com uma lotação máxima de vinte e cinco (25) camas, com no máximo quatro pessoas por quarto, mas neste momento residem cinquenta (50) ppdm (12 do sexo feminino e 38 do sexo masculino), com diferentes patologias mentais (esquizofrenia crónica, efeitos secundários de álcool e do consumo de outras drogas são as causas predominantes).

Com a crescente demanda o número de pessoas vem aumentando dia após dia. Um facto preocupante prende-se com o elevado número de pessoas (8-10) por quarto. Somando ao facto de alguns usuários tabagistas fumarem nos quartos, colocando em causa a devida oxigenção do espaço.

Em termos de recursos humanos o centro apresenta diversas dificuldades. Pois, não dispõe de uma equipa de profissionais de saúde trabalhando ali a tempo integral. Consta do quadro de cuidadores, apenas:

- O responsável pelo centro/gestor que possui o grau académico de licenciatura em Ciências Sociais;
- Uma psicóloga que faz voluntário atendimento uma vez por semana;
- Cinco (5) monitores, cujas habilitações literárias variam de Ensino Básico e Ensino Superior, sem qualquer formação na área de saúde mental, responsáveis pela higiene dos homens, pela vigilância das ppdm e pelo auxílio em algumas actividades, principalmente as que acontecem fora do centro. Eles trabalham por turnos organizados de forma que apenas um se responsabiliza pelas tarefas, já ditas, em cada período;
- Quatro (4) funcionárias de serviços gerais, também cujas habilitações literárias variam de Ensino Básico e Ensino Superior, sem qualquer formação na área de saúde mental. Essas funcionárias são responsáveis pela: higiene das mulheres, preparação das refeições, limpeza do local e das roupas.
- Periodicamente, o centro conta com o apoio de alguns voluntários de diversas áreas e estagiários das várias áreas da saúde, que realizam o ensino clínico por curtos períodos de tempo, prestando apoios de acordo com as suas competências.

Salienta-se que algumas ppdm residentes colaboram algumas tarefas inerentes ao centro, nomeadamente na limpeza, organização da despensa de bens alimentares, colocação de lixo nos contentores, ajuda no banho, auxílio nas actividades em que as pessoas com deficiências incapacitantes precisam de apoio. Todo esse arranjo, mostra a tentativa do desenvolvimento do senso de responsabilidade.

2.4.2. Descrição dos Domicílios

As famílias das pessoas institucionalizadas encontram-se dispersas pela ilha de São Vicente (Fonte Filipe, Cruz João Évora, Mindelo, Vila Nova - Lombo Tanque e Madeiralzinho). Assim, a presente investigação decorreu-se em cinco domicílios diferentes contudo, apresentavam certas características semelhantes. Características essas como boa localização, que facilitava o acesso a estrada e aos meios de transportes

públicos, boa iluminação nas proximidades da casa e boas condições de segurança nas ruas.

Três dos domicílios são constituídos por vários quartos, o lugar era amplo, arejado, bem arrumada e com boas condições de saneamento. Com a excepção de duas casas que eram constituídas por poucos quartos (um ou dois), com muitas pessoas partilhando o mesmo espaço, ostentando um aspecto desorganizado e com más condições de saneamento e segurança no domicílio.

2.5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização das entrevistas às famílias, primeiramente solicitou-se a permissão ao responsável do CADM-SV, uma vez que o seu ente portador da doença mental encontra-se ali institucionalizado. O próprio responsável fez a selecção dos casos que considerou ser os mais delicados e indicou-se-lhes ao pesquisador.

O primeiro contacto com as famílias, na companhia do responsável do centro consistiu na apresentação pesquisador-família na explicação da presença do pesquisador naquele local, assim como na explicação do objectivo geral do estudo. Com o interesse das famílias em participar e após o seu consentimento para o retorno do investigador, efectou o agendamento da entrevista.

No segundo contacto, mediante o dia e a hora combinados, o pesquisador começou por explicar novamente o objectivo, natureza do estudo e as modalidades de participação. Os participantes foram igualmente informados sobre a necessidade de utilização de um gravador-audio. Após a permissão de cada um foi-lhes apresentado o termo de consentimento informado. Ressalta-se, que houve casos em que este não pôde ser assinado por motivos de iliteracia, sendo, portanto, o consentimento facultado de forma verbal.

Tentou-se criar sempre um ambiente descontraída antes do início de cada entrevista. Muitas vezes utilizado-se do próprio *self* do pesquisador/entrevistador (humor, empatia, sintonia), de modo que os entrevistados pudessem sentir-se à vontade em exprimir as suas vivências.

Na maioria das vezes, as entrevistas foram levadas a cabo individualmente, em crioulo, num espaço sem estímulos distractores, em que os participantes tiveram uma atitude colaborante.

As questões foram colocadas numa linguagem simples de forma a permitir a compreensão e a obter informações precisas. As dúvidas que foram surgindo foram esclarecidas de forma cordial, permitindo a facilidade de comunicação e possibilitando uma maior abertura do canal de comunicação. Este arranjo confluía na disponibilidade mostrada pelos participantes para os retornos necessários.

Foi necessário que o investigador regressasse mais algumas vezes para complementar as informações, com outros membros da família da ppdm institucionalizada, pois as informações disponibilizadas pelas entrevistadas mostraram ser insuficientes. No entanto, o pesquisador foi sempre bem recebido por todos, sendo que alguns dos entrevistados verbalizaram a satisfação do respectivo retorno.

Após a entrevista, os entrevistados demonstraram o alívio e satisfação por exporem as suas vivências, tendo alguns verbalizado que gostariam que a experiência repetisse devido ao bem-estar causado.

Ressalta-se que não se entrevistou mais famílias, pois os dados fornecidos começaram a saturar-se.

No final de cada entrevista foi realizada uma sessão de educação para saúde sobre alguns aspectos relevantes da esquizofrenia e efectuou-se a entrega de um panfleto com algumas noções básicas referentes a esta mesma patologia (*Cf.* Apêndice V). A educação para a saúde, também foi feita para outros membros da família e amigos de alguns entrevistados.

As entrevistas com as famílias decorreram durante o mês de Fevereiro e cada uma durou em média vinte e cinco minutos. No entanto, o contacto compreendeu em média quarenta minutos, destinados à escuta activa e educação para a saúde.

As informações recolhidas foram ouvidas uma e outra vez e, posteriormente transcritas em português, mantendo a essência do discurso. Por fim, recorreu-se a análise de conteúdo dos discursos.

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

3.1. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

As entrevistas realizadas com os familiares das ppdm foram organizadas em sete (7) categorias e as com os profissionais organizadas em seis (6) categorias, interpretadas à luz da literatura relacionada ao tema em questão.

Entrevistas realizadas às famílias:

Categoria I - Conhecimento da doença do familiar

As informações colhidas com os familiares mostram que todos eles desconhecem a doença do seu familiar. E mesmo os que já ouviram falar acerca da doença estão muito incertos no que tange aos sintomas e o seu respectivo tratamento.

Pode-se observar isso nos discursos a seguir:

“Não tenho conhecimento da doença do meu filho. Teve um episódio de internamento no serviço de orto-traumatologia após um acidente de trabalho (trabalhava num barco), devido ao incidente os médicos fizeram muitos exames, disseram que tinha “problema de cabeça”, mas não foi fornecido informações acerca do estado da saúde mental do meu filho” (PE1).

“Não sei sobre a doença do meu filho. Os médicos nunca tocaram no assunto, nunca. Na nossa raça não teve doença, daqueles familiares que conheço. O Gui disse, mas já esqueci” (PE2).

“Eles falam que é esquizofrenia. É o que eu ouvi. Os médicos apenas o prescreveram medicação” (PE3).

“Sei que ela tem uma perturbação mental, mas não sei qual é. Os médicos não nos disseram” (PE4).

“Não, onde ele está o Sr. G. o levou para o hospital duas vezes apenas porque ele desmaiou, quase é porque ele passava durante muito tempo debaixo do sol quando ele deambulava pelas ruas” (PE5).

A falta ou carência de informação que os familiares alegam ter parece ser proveniente do pouco envolvimento dos profissionais de saúde com as famílias das ppdm, durante as consultas e internamentos.

Neste sentido, argumentam Navarini e Hirdes (2008, p.687) que [...] é possível perceber uma lacuna na área da saúde no que diz respeito às necessidades das famílias

em situações de saúde ou de doença, o que demonstra que os profissionais não têm ainda a família como foco principal no tratamento”, uma vez que os profissionais de saúde, geralmente, apenas têm em consideração o que está acontecendo com a pessoa que sofre da doença mental e com a sua respectiva medicação (Nasi et al. cit. por Almeida, Filipes e Dal Pzzo, 2011, p.45). Complementando, Pegoraro e Caldana (2006, p.570) postulam que “como agravante, raramente a família busca ou recebe informações”.

Reforça ainda a autora Romagnoli (cit. por Almeida, Filipes e Dal Pzzo, 2011, p.45) que “as famílias quando chegam a saber o nome da doença mental não sabem o que ela significa.”

Categoria II - Significado que os familiares atribuem aos sintomas

As informações colhidas apontam que os familiares por desconhecerem a doença dos seus entes queridos dão as suas próprias significações ao seu comportamento diferente, algumas vezes recorrendo à explicações sobrenaturais.

“ [...] Ele adoeceu e ninguém disse-me. Encontrei uma carta dizendo que o L. estava doente [...] e a minha mãe disse que eles encontraram o meu filho com uma corda no pescoço para se suicidar. Antes pensei que ele tinha uma mal insistência)” (sic) (PE2).

“ Eu apercebi quando ele mudou. Ele era calado, nunca respondia e depois ele começou a ficar irritado dentro de casa, quebrava pratos, discutia com o pai ... era mais com o pai. Sentia mais raiva do pai!” (PE3)

“Ocorreu um problema com ela. Mas, levou tempo para que descobríssemos, pois ela guardou tudo dentro dela durante 3 meses.[...] Desde então ela começou a desleixar-se da sua aparência, não queria fazer higiene, falava sozinha, deambulava nas ruas de manhã à noite” (PE4).

“P. ficou a remoer o seu problema somente porque ele não encontrou trabalho na obra. Ele ficou com a cabeça cansada quando foi despedido do trabalho. Ele ficou contrariado e já não pensava noutra coisa. Até hoje ele pensa o mesmo” (PE5).

Já a literatura aponta que frequentemente as pessoas leigas buscam na própria cultura as explicações sobre a etiologia da doença mental e a sua sintomatologia, sendo que algumas culturas atribuem a doença mental às causas sobrenaturais. Neste âmbito,

Townsend (2011, p.13) refere que “algumas pessoas acreditavam que espíritos malignos ou poderes sobrenaturais/ mágicos tinham entrado no corpo.”

Categoria III – Sobrecarga no cuidar

Conforme os discursos abaixo indicados, constata-se que os familiares apresentam diversos tipos de sobrecarga, após um longo período de cuidado ao seu ente querido portador da doença mental crónica (esquizofrenia).

“Não foi fácil lidar com a diferença de comportamento do meu filho, felizmente ele não era agressivo o que facilitava mais. Mas, ele era muito desorganizado, (queimava muitas panelas, porque esquecia deles quando cozinhava, empilhava roupas sujas, misturadas com as limpas), a minha casa estava toda desarrumada” (PE1).

“Eu aguentava, mas não era fácil. Se eu fosse uma má mãe eu abandonava-o e fazia a minha vida. O meu filho vive no centro porque eu já estava cansada!...” (PE2)

“Ele cansou-me e levei-o ao hospital para consultar. Fiquei preocupada, porque não era uma reacção normal dele. Quando o meu marido ainda estava vivo, ele foi pedir ajuda porque já não aguentávamos” (PE3).

“Antes era difícil e nós ficamos muito tristes. A nossa maior preocupação era porque ela deambulava sozinha pelas ruas. E às vezes ela ficava agressiva connosco, principalmente no dia em que ela tinha que ir ao hospital fazer a medicação. Nós preocupamos com ela. A sobrecarga que mais sentimos é a psicológica” (PE4).

“Antes ficávamos mais preocupadas com a situação dele. Ele ficou a deambular pelas ruas da cidade e passou a dormir até na rua. Depois falamos com ele e ele vinha apenas para fazer as refeições, mas continuava a dormir na rua. Mas, ao conversarmos com ele novamente e ele passou a dormir em casa, mas continuava a deambular pelas ruas” (PE5).

Conforme afirmam os autores Navarini e Hirde (2008, p.683) “o familiar vai desgastando-se pela convivência com a pessoa portadora de transtorno mental, acarretando sobrecarga física e emocional, privando-se da sua própria vida para poder prestar um cuidado adequado.”

Tendo em conta esta problemática da sobrecarga vivida pelos familiares que têm ao seu cuidado uma ppdm e, para concluir, o autor Santin e Klafke (2011, p. 155) refere que para suavizar a sobrecarga das famílias e conseguir o cuidado em saúde mental é

preciso que se construa uma rede de cuidados, não deixando a pessoa meramente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, porém deve-se envolver todas as estratégias possíveis para atendê-lo de modo holístico e humanizado.

Categoria IV - Significado que os familiares atribuem à institucionalização do seu ente querido

Globalmente, as informações recolhidas junto aos familiares da ppdm mostram que estes vêem a institucionalização como uma solução para amenizar a sobrecarga sentida.

Nos depoimentos a seguir pode-se notar o alívio dos familiares perante a institucionalização do seu ente querido:

“O meu filho está no centro porque eu já estava cansada e precisava aliviar um pouco, porque cuidar do meu filho trouxe-me muitas preocupações na vida” (PE1).

“O meu filho vive no centro porque eu já estava cansada. Eu já corri durante dois anos para tentar interná-lo, e até fui ao centro de Ribeira de Vinha, mas não o deixaram ficar lá” (PE2).

“Agora eu sei que ele está seguro, ele está bem, bem cuidado. Agora estou despreocupada! [...] Desde que ele ficou no centro recuperei muita coisa. Para mim quando ele está bem eu fico bem e feliz” (PE3).

“ [...] Pelo menos no centro ela está segura [...]. Porque ela passava muito tempo nas ruas deambulando e não conseguíamos fazê-la ficar em casa, e se tentássemos ela tentava agredir-nos” (PE4).

“ [...] Agora estamos mais despreocupados e a minha mãe está satisfeita, porque ele é bem cuidado. Sim Senhora. Nós estamos muito contentes” (PE5).

Apontam Navarini e Hirdes (2008, p.683) que “[...] as famílias, em sua maioria [...] preocupam-se pela multiplicidade de riscos que a rua representa para o doente, sobretudo se for do sexo feminino: ser estuprada, morrer afogada num rio, ser agredida num canto qualquer, ter que dormir num banco de praça, ao relento [...].”

É fundamental que a família compreenda que o lugar da ppdm é junto dela, no entanto, é preciso esclarecer que o decurso da desinstitucionalização somente é favorável quando os profissionais dispensam auxílio também a família, uma vez que

esta necessita aprender a viver em um mesmo sítio com uma pessoa que necessita de cuidados (Borba, Schwartz e Kantorski, 2008, p.591).

Concluindo, Colvero, Ide e Rolim (2004, p.198) salientam que os familiares procuram a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental, apresentando demandas de várias ordens, dentre elas, dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades financeiras, pela complexidade do relacionamento com a ppdm, sua expectativa frustrada de cura, pelo desconhecimento da doença propriamente dita, etc.

Categoria V - Suporte social percebido

De acordo os discursos que se seguem, entende-se que o suporte social nas famílias é escasso.

“Dos vizinhos não, só do meu filho mais velho que vive na Espia. Mas, chegou um tempo que o filho mais velho começou a entrar em conflito com o irmão portador da doença mental e as vezes apresentava agressivo para com o irmão doente [...] ” (PE1).

“Por aqui ninguém ajuda ninguém. Sou sozinha, só eu e Deus! Quando ele alterava eu chamava a polícia” (PE2).

“Sim, vizinhos sim. Às vezes tinha apoio da namorada do meu filho mais velho. Tinha ajuda de algumas vizinhas. E ele acompanhava a dona Lili durante o passeio, ela a levava para sua casa e depois o trazia de volta para casa” (PE3).

“Não. Resolvemos o nosso problema dentro da família. Nós conseguimos lidar nós mesmos” (PE4).

Refere, portanto, Dessen e Braz (cit. por Rodrigues e Madeira, 2009, p.395) que “o suporte social, mais especificamente o suporte familiar é muito importante para a manutenção da saúde mental”, e segundo Barrón (cit. por Rodrigues e Madeira, 2009, p.395), “quando menor for o apoio social maior será a incidência de transtornos.” Portanto, pode-se considerar que um dos factores de risco para a evolução de uma doença mental é a não existência ou a escassa existência da ajuda social (Cid cit. por Rodrigues e Madeira, 2009, p.395).

Deste modo, conforme Almeida, Filipes e Dal Pozzo (2011, p.46) as famílias que possuem entre seus membros um sujeito acometido por uma perturbação mental, chegam por vezes a abdicar-se do convívio social, devido ou ao preconceito social existente ou pelas exigências que o cuidado ininterrupto acarreta. Assim, Ornelas (cit. por Rodrigues e Madeira, 2009, p.397) assume que as redes dos doentes mentais, especialmente dos portadores da esquizofrenia tendem a ser dominadas por familiares.

Categoria VI - Envolvimento dos familiares na recuperação dos seus entes queridos

Pode-se observar através dos discursos que existe uma aproximação da família em relação ao seu ente querido institucionalizado, sendo que esta aproximação representa um impacto positivo na recuperação da ppdm.

“Sim, sempre que posso visito o meu filho” (PE1).

“Eu o visitava, mas depois que vim da Itália e tive uma trombose eu não pude mais ir. Deus dê-me saúde para eu ir. Eu apanho um táxi e vou. As vezes o Sr. G. convida-me, mas eu não consigo ir, porque não consigo estar nem tanto sentada e nem tanto de pé” (PE2).

“Sempre que posso vou ao centro ver como ele está. Mas antes quando o meu marido era vivo ele vinha para casa aos fins-de-semana e depois voltava. Agora tenho ido menos vezes devido os meus problemas de saúde e ainda tem a minha filha que preocupa-me” (PE3).

“Sim, visitamo-la sempre. E ela também vem para casa aos fins-de-semana” (PE4).

“Desde que ele lá está ainda não o fomos buscar. Ainda pensam que ele é indigente. (sic) Mas, qualquer hora eu vou busca-lo para passar uma tarde e também vamos arranjar o seu antigo quarto para hospedá-lo aos fins-de-semana. A minha mãe devido a sua idade não consegue ir visitá-lo e nunca o viu desde que ele foi no centro. Eu vou sempre que posso, apesar dos meus problemas de saúde. Todos os meses vou visitá-lo e quando eu estiver melhor vou quatro vezes num mês” (PE5).

Consoante Vieira (s/d, s/p) a participação da família no processo terapêutico das pessoas portadores de transtornos mentais é fundamental e contribui de forma

significativa no tratamento e consequente melhora e, a pessoa portadora de transtorno mental sente-se valorizada e confiante de sua recuperação.

Categoria VII - Obstáculos percebidos relativamente a reinserção da ppdm na família

As pessoas entrevistadas responderam positivamente a questão de aceitar o seu familiar portador da doença mental de volta para a casa. No entanto, apresentam alguns obstáculos no que tange a efectuação dessa reinserção. Tais obstáculos são evidentes nos seguintes discursos:

“Sim, mas que no momento não tenho condições para receber o meu filho. Se eu tivesse ajuda da câmara. Se alguém ajudasse-me a construir mais dois quartos na casa com o terreno que eu tenho, o meu filho poderia ter o seu próprio quarto o que seria uma ajuda” (PE1).

“Sim, se tivesse apoio, tivesse ajuda, recebia o meu filho em casa. Porque não consigo sozinha Eu gostava de ter o meu filho em casa” (PE2).

“Sim se ele ficar bem. Mas, a gente fica com medo, pode acontecer muita coisa. E já não tenho marido e fico cá sozinha. Ele não me obedece, e mãe é mais fraca, não é? Já não tenho idade para aturá-lo mais, já não consigo. Já não consigo! Ele fica a ir e a vir sozinho na rua e pode aparecer um bandido e ataca-lo e se hoje em dia eles atacam pessoas normais imagina, uma pessoa fica com medo” (PE3).

“Sim, porque ela apenas está no centro porque ela não tem paciência em ficar em casa” (PE4).

Apesar dos familiares terem mostrado disponíveis em receber os seus familiares em casa, há que ter em conta que as respostas também podem ter sido positivas com o receio de serem julgados por não quererem receber os seus membros doentes em casa. No entanto, temos que ter em consideração que o cuidado de uma ppdm crónica não é tarefa fácil e muitas das vezes eles já se encontram esgotados, principalmente por não disporem de auxílio profissional, financeira ou social.

Deste modo, corrobora Santin e Klafke (2011, p.157), que não obstante as famílias desejarem ter os seus membros portadores de doença mental próximos, elas também refletem o medo e o preconceito existente em nossa sociedade, o que, muitas vezes, pode deixá-las resistentes a acolher o seu ente em casa.

Entrevistas com os profissionais:

Foi abordado seis (6) profissionais: (1 Enfermeiro - Enf; 1 Psiquiatra - Pq; 1 Psicóloga – Ps; 2 Assistentes Sociais – As e 1 Responsável do centro – Rc) e conforme as informações colhidas estabeleceu-se quatro (4) categorias, com vista a apresentar e dar uma significação científica aos resultados encontrados. Nesta fase empírica também demonstrar-se-á alguns trechos das entrevistas efectuadas com os profissionais de saúde, evidenciando no trabalho as suas opiniões quanto ao tema em questão.

Categoria I - Percepção do abandono

Mediante as informações colhidas com os profissionais constata-se que eles têm percepcionado que realmente existe um certo abandono das ppdm tanto nas ruas, bem como na instituição sempre referida que é a CADM-SV. Não obstante, vários motivos que consideram estar na génese do abandono, defenderam a necessidade de reinserção, a percepção dos diversos profissionais, demonstrando que por vezes a institucionalização é a única saída.

Os relatos seguintes evidenciam o abandono da parte da família ao portador da doença mental:

As1- *“[...]Anos atrás havia mais doentes mentais em relação a realidade de SV na rua. O centro foi de uma mais-valia pois, criou-se outras condições às pessoas, porque eram pessoas que ficavam na rua [...]e os seus quadros clínicos agravavam mais.”*

As2- *“[...] Existe um certo abandono, tanto pelas pessoas que enfrentam dificuldades e não conseguem lidar com a situação, também temos casos a própria família pouco importa com a Ppdm. [...]Com um tempo devido as condições de vida das pessoas, dificuldades económicas a situação começou a agravar, surgindo mais pessoas a viver na rua.”*

Enf.- *“O problema mesmo são os pacientes que vivem na rua que apresentam um aspecto deteriorado e que as autoridades os encontram e os trazem para fazer tratamento. [...] Depara-se com uma situação complicada porque, muitas vezes não possuem família, e nesses casos tem-se que recorrer a assuntos sociais e arranjar-lhes um lugar para que eles possam ir viver.”*

Pq.- *“É uma situação grave, difícil, mas nós teremos que analisar porquê que existe esse abandono. Não é só culpar [...] antes devemos saber quem é essa família Tentar saber o que passa com ela e o que os leva a abandonar seus doentes. [...] É claro que esse abandono prejudica o doente em todos os sentidos.”*

Rc – *“As outras pessoas com problemas mentais que estão na rua não conseguem entrar para o centro. [...] É este é um novo desafio que está surgindo na ilha de São Vicente, pois aqui no centro já estamos sobrelotados.”*

Aponta Baptista (2011, p. 31) que muitas famílias enfrentam dificuldades no que tange ao cuidado ao portador de transtorno mental e, recorrendo, por isso ao internamento e, isto ocorre devido a inexistência de assistência fora do hospitalar/continuidade dos cuidados nos domicílios.

Entende-se que, conviver e ser responsável diariamente pelo cuidado à pessoas portadoras de doença mental crónica, acarreta imensos encargos na dimensão física, emocional, económico e social (Baptista, 2011, p.29). Assim, aponta Rosa (cit. por Baptista, 2011, p.33-34) que “se a família abandona o portador de transtorno mental é porque foi também abandonada pelos serviços assistenciais e, consequentemente, pelo Estado.”

Categoria II - Obstáculos percebidos para a reinserção da ppdm na família

As informações provenientes das entrevistas com os profissionais mostram que existem muitos obstáculos no que tange a reinserção tanto na família, como na sua comunidade/sociedade.

Pode-se observar isso através dos discursos seguintes:

As1- *“O estigma é um dos principais problemas que impede que essa pessoa não só possa vir a viver na sociedade de forma igual, mas também que ela tenha acesso a outros meios [...] Ao invés de proporcioná-lo um ambiente saudável no seu ambiente familiar/comunidade, não! Estamos a criá-lo um clima de desestabilização.”*

As2- *“A política de reinserção ainda falta ser trabalhada em todos os níveis [...]; condições sociais e económicas; a falta de abertura para receber os doentes mentais na sociedade derivados do preconceito e estigma. Falta de envolvimento por parte da família perante o seu familiar doente.”*

Enf. – *“A família deveria estar mais envolvida no tratamento dos seus doentes. E a pobreza no nosso país dificulta na reinserção e até mesmo na recuperação da pessoa.”*

Pq – *“O preconceito e este leva a medo. E os mitos ligados a doença mental. [...] A desestruturação familiar, que vem desde os problemas económicos e sociais que estão dentro da sociedade e que está dentro daquela família como um todo.”*

Rc- *“ [...] Muitas das famílias não possuem condições nem económica, nem social para recebê-los. Várias das famílias cuidadoras têm idade avançadas [...] para assumirem todo o peso financeiro e psicológico do cuidar da Ppdm. Outros ou não possuem família ou estão emigrados. [...] Geralmente são famílias muito desestruturadas e com bastantes problemas financeiros.”*

Afirmam Brussula, Oliveira e Volpato (s/d, p. 14) que geralmente, tais barreiras aumentam quando a família com baixos recursos económicos e, que essas dificuldades vão acumulando principalmente quando: o cuidador não consegue conciliar o cuidado ao ppdm com um emprego, existe más condições habitacionais, a alimentação é insuficiente, não possuem acesso a educação e saúde de qualidade. Isto, não acontece às famílias que possuem recursos económicos, pois, por exemplo, podem contratar uma pessoa que a ajude no cuidado ao portador da doença mental e arcar com os custos necessários ao tratamento da ppdm.

Então, para diminuir esses obstáculos é preciso que os profissionais trabalhem no sentido de conhecer a família, saber quais são as suas reais necessidades e trabalhar todas as dimensões que impedem que a reinserção seja efectivada, realçando a autora Rosa (cit. por Baptista, 2011, p.33) que “a atenção diferenciada desses serviços à família é capaz de modificar a relação desta com o transtorno mental e com o próprio serviço, pois, à medida que é incluída no processo de intervenção, pode se familiarizar com o transtorno e aprender a conviver melhor com ele.” E complementa que: (cit. por Waidmam, Jouclas e Stefanelli, 1999, p.29)

O profissional deve pensar que vai ajudar a reestruturar o ambiente familiar. E, essa ajuda tem que ser respaldada nos conceitos já estabelecidos no meio familiar e não nos conceitos do profissional. E, havendo descuido ou imposição de condutas para a família, esta não conseguirá se reestruturar, pois não terá bases culturais e ambientais condizentes.

Categoria III - Apoio dos profissionais de saúde a ppdm nas instituições

Conforme os dados recolhidos percebe-se que apesar do centro não contar com uma equipa de profissionais de saúde trabalhando a tempo integral, existe algum apoio por parte dos profissionais entrevistados ao CADM-SV.

Isto pode-se observar mediante os trechos seguintes das entrevistas realizadas:

As1- *“Falo mais em termos de parcerias [...]. Quando geralmente os utentes do centro precisam de marcação de consultas e análises, então isso nós agilizamos o processo e [...] viabilizamos ao invés de passar pelo sistema normal e fica sem custos. Quando uma pessoa [...] utilizando a palavrinha mágica “não tem para onde ir”, não procuramos institucionalizá-lo de imediato [...], isto acontece quando já se esgotou todas as possibilidades e é o último recurso a que recorreremos.”*

As2- *“Temos tido muitas solicitações de pessoas que desesperadamente, devido as suas situações solicitaram para institucionalizar seus membros no centro. [...] Também temos concedido apoios desde de fraldas, medicamentos que a farmácia do estado não possui, de cestas básicas e remodelação dos domicílios.”*

Enf. – *“Apoiamos o centro em termos de medicação, mesmo em termos de injeções de forma periódica, [...]”*

Pq - *“Antes ia uma vez por mês para realizar consultas no centro [...]. Ajudo em termos de receitas de medicamentos[...]. Também facilito o internamento em caso de necessidade.”*

Ps - *“Oriento e apoio ao portador de transtorno mental bem como sua família/cuidador quanto ao uso de medicação, eventuais encaminhamentos a outras especialidades; Atendimento individual; Psicoterapia de grupo (dinâmicas de grupo). Uma vez por semana. Acho que é suficiente [...]”*

A partir destas apreciações feitas pelos profissionais de saúde individualmente percebe-se que o apoio disponibilizado ao centro é de uma mais-valia para os beneficiários e repercute de alguma forma na melhoria da qualidade de vida da ppdm institucionalizada. No entanto, este trabalho seria mais completo se houvesse uma interdisciplinaridade, onde os profissionais funcionassem como uma equipa, com o propósito de contribuir para um cuidado mais holístico.

Conforme suplica Esteves (2011, p.37) que as pessoas com doença mental crónica e suas famílias mostram um conjunto de necessidades que, por serem complexas

e inconstantes precisam de uma equipa multidisciplinar com um plano de ação holístico e continuado, para realizar diagnósticos e intervenções precocemente, permitindo tanto o controlo de sintomas, como a melhoria dos resultados e da qualidade de vida.

Salienta, Esteves (2011, p.35) que prestar cuidados na comunidade tem um impacto positivo na qualidade de vida de pessoas com doença mental crónica, comparativamente aos cuidados a nível institucional. Neste sentido, esses cuidados devem ser efectivadas na comunidade, mobilizando os recursos disponíveis, intervindo precocemente e diminuindo o estigma.

Categoria VI - Competências das várias áreas de conhecimentos na reinserção da ppdm na família

Com as entrevistas com os profissionais conseguimos levantar as linhas de intervenções que possibilitam a reinserção da ppdm na família e na melhoria da sua qualidade de vida, isto pode-se observar através dos relatos abaixo indicados:

As1- *“Fazer a interligação entre a pessoa/ família/ instituição de saúde, e outras instituições. [...] Responder necessidade de habitação nos casos de más condições habitacionais; facilitar marcação de consultas, exames e sem pagar as taxas moderadoras. [...] Quebrar o estigma; é importante investir naquela questão pedagógica, a informação e orientação; [...] sensibilização de que a pessoa é portadora dessa doença, mas é capaz [...] e pode ser produtivo. Fazer o acompanhamento após a reintegração.”*

As2- *“Resolver problemas sociais-económicos das famílias e auxiliá-las de forma que eles possam vir a ser mais autónomos; garantir os direitos sociais das pessoas [...]; resolver situações habitacionais; facultar informações necessárias.”*

Enf. – *“Inteirar as famílias das reuniões periódicas dirigidas a elas no centro e sobre a situação do seu membro doente. [...] Mostrá-las a importância do tratamento continuado. [...] Descentralizar esses serviços hospitalares, promovendo uma proximidade entre os centros de saúde com a família, [...] os profissionais de saúde podem fazer as visitas domiciliárias. Fazer um trabalho com as famílias, principalmente as desestruturadas, pois isso poderá trazer problemas a um doente que já se compensou.”*

Ps- “ [...] Ensinar os utentes a melhorar o seu comportamento verbal e não-verbal envolvido nas interações sociais [...] Criar um vínculo entre o centro/serviços de saúde/utente/família. Trabalhar no sentido de quebrar o estigma; investir na recuperação da autonomia do mesmo; promover encontros com os familiares e visitas dos utentes aos seus familiares.”

Pq- “[...] Actuar no sentido do paciente compensar a sua doença, e ajudar a quebrar esse misticismo e essa ideia errada sobre ele. Portanto, quando compensado é visível que ele consegue interagir e comportar na sociedade como qualquer outro.”

Rc- “[...] Trabalho de sensibilização na comunidade e nas escolas. Intervir nas populações de risco e que estão a ter comportamentos desviantes. Reconhecer os valores, interesses e crenças dos familiares do doente; esclarecer e dar informações completas sobre a sua patologia; ter em conta preocupações e necessidades das famílias; articular os serviços de saúde com as famílias; realizar visitas ao domicílio [...].”

Corroborar Fazenda (cit. por Esteves, 2011, p.37) que “na prática da saúde mental comunitária a participação de utentes e das famílias é indispensável porque um dos objectivos a prosseguir é o aumento da sua autonomia e do controlo sobre as decisões que afectam as suas vidas.”

De acordo com o Modelo de Saúde Mental Comunitária, defendida pela OMS, a manutenção da ppdm deve ser efectuada na comunidade que ela vive (Esteves, 2011, p.36). E, tendo em conta este postulado, entende-se que existe uma necessidade de mudança no atendimento em saúde mental na nossa realidade.

Acerca disso, ostenta Fazenda (cit. por Esteves, 2011, p.36) que se deve criar uma equipa multidisciplinar cujo fim é prestar cuidados holísticos e de forma continuada, incluindo-os no Serviço Nacional de Saúde; articular com as instituições locais, reforçando as redes de suporte social e criando parcerias; direccionar a intervenção a pessoa com doença mental crónica e as suas famílias e incluí-los no planeamento e avaliação dos serviços.

Embora esteja realizando um trabalho de enfermagem e sabendo que todos numa equipa multidisciplinar têm a mesma relevância, vale destacar que o assistente social possui uma função muito importante na reinserção do ppdm na família.

Segundo Rosa e Melo (2009, p.90) o assistente social promove o acesso aos direitos sociais através de informações e a aproximação dos canais que garantem os

direitos. Também, faz circular as informações entre os diferentes membros da equipa; contesta o quotidiano institucional fazendo com que a equipa funcione e acione seu potencial em prol das necessidades das ppdm e família e do serviço.

CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1. DISCUSSÃO DOS DADOS

Da inquietação causada pelo problema social do abandono ou tão somente da institucionalização prolongada das ppdm, surge este trabalho com a seguinte pergunta de partida: Quais as intervenções de enfermagem na reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família? Sendo que, o objectivo geral foi examinar o contributo que a enfermagem pode dar na reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família. Com o fim de dar resposta ao objectivo geral teve-se a necessidade de delinear os seguintes objectivos específicos: (I) Identificar o (s) factor (s) que dificulta a reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizada na família; (II) Mostrar o contributo que a Enfermagem pode dar na promoção da reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família e, (III) Estabelecer as intervenções de Enfermagem dentro de um programa de reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizada na família.

No que concerne ao primeiro objectivo específico do estudo, este foi alcançado, ou seja as barreiras encontradas que dificultam a reinserção são a sobrecarga de diversa ordem, a falta de envolvimento da família na recuperação e tratamento da ppdm institucionalizada, carência de informação sobre a patologia, a necessidade de uma proximidade entre as famílias e os profissionais de saúde/instituições de saúde. Estes resultados encontrados vão de acordo com os resultados obtidos pelos autores Navarini e Hirdes (2008), Townsend (2011), Carvalho (2012), Cristóvão, Fernandes e Martins (2012), Gomes, Martins e Amendoeira (2011), Alves e Silveira (2011), Silva (2004) e Santin e Klafke (2011).

No que concerne ao segundo objectivo específico, as informações demonstram que o que se tem feito não converge no objectivo de reinserir a ppdm na família. Verificou-se que não existe um trabalho por parte dos profissionais de saúde direccionado especificamente para reinserir na família a ppdm institucionalizada. Portanto, requer-se a criação de uma equipa multidisciplinar com o intuito de dar respostas aos diversos níveis de necessidades que a família possui, pois, quando os profissionais não exercem acções no sentido de apoiar as famílias, a reinserção será difícil. Os resultados para este objectivo equiparam-se com as conclusões obtidas pelos seguintes autores, Cristóvão, Fernandes e Martins, (2012), Morais (2010), Reinaldo e

Rocha (s/d.), Gomes, Martins e Amendoeira (2011), Almeida, Felipes e Dal Pozzo (2011).

No que tange ao último objectivo, as informações apontam para uma necessidade de intervenção urgente em prol da reinserção. Assim, o último objectivo debruçou-se em estabelecer as intervenções de enfermagem dentro de um projecto de reinserção da ppdm na família, de acordo com os problemas de enfermagem levantados. E, mediante os autores Carpenito e colaboradores (1997), Bulechek; Butcher e Dochterman (2010) foram realizados os diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções.

Alguns aspectos importantes encontrados aquando da realização do estudo foram a feminização do cuidado ao portador da doença mental, sendo que o cuidado era realizado na maioria das vezes apenas por um membro da família, que nesse caso era a mãe ou a irmã e, conforme Alves e Silveira (2011); Pegoraro e Caldana (2006) esta é a realidade frequente.

Também, deparou-se que a maioria das cuidadoras tinham idades compreendida entre quarenta e cinco (45) a oitenta e quatro (84) anos. Nesta faixa etária dadas as características físicas, o que mais precisam é de cuidados ao invés de cuidar, e principalmente quando este cuidado é realizado sem ajuda de outros membros. Tal resultado também foi encontrado por Pegoraro e Caldana (2006).

Depois de discutidos os resultados encontrados nas entrevistas realizadas com os familiares, debater-se-á as entrevistas com os profissionais, cujo intuito foi compreender a percepção deles sobre: (I) Percepção do abandono; (II) Obstáculos percebidos para a reinserção da ppdm na família; (III) Apoio dos profissionais de saúde ao ppdm nas instituições; (IV) Competências das várias áreas de conhecimento na reinserção da ppdm na família

Tendo em conta a primeira categoria, os profissionais observam de facto, que há um certo abandono da ppdm por parte da família. Embora, defendendo que antes de julgá-las por esse abandono, há que ir ao encontro das suas necessidades e perceber os motivos que estão por detrás do mesmo. Uma vez que, geralmente as famílias encontram-se sem apoios, em situações de desestruturação familiar, acompanhado de problemas económicos e cuidando de uma ppdm descompensada. Neste sentido, a única saída encontrada pode ser o abandono deste nas instituições ou na rua. Esses resultados

vão de acordo com as conclusões obtidas pelos autores Bragança (2031); Baptista (2011); Rosa e Melo (2009).

De acordo com a segunda categoria, as informações mostram que existe de facto imensos obstáculos em torno da reinserção da ppdm na família, sendo eles: a desestruturação familiar; a carência sócio-económica das famílias; o estigma em torno do ppdm presente na família/comunidade; carência de um trabalho de reabilitação psicossocial; falta de proximidade dos profissionais de saúde com os usuários e a própria família. Não obstante essas barreiras, o trabalho deve ser realizado, pois caso contrário, haverá um aumento de pessoas com problemas mentais vivendo nas ruas e as que estão institucionalizadas a longo prazo vão experienciando uma deterioração a nível do convívio social, diminuição na sua auto-estima e a sua resiliência. Estes resultados estão em conformidade com as conclusões encontradas pelos autores Bragança (2013), Baptista (2011); Almeida, Filipes e Dal Pozzo (2011); Brusamarello (2011) e Waidman, Jouclas e Stefanelli (1999) Jorge, Randemark, Queiroz e Ruiz (2006) Brussula, Oliveira e Volpato (2009) e Santin e Klafke (2011).

De facto, no que concerne a terceira categoria, tem havido um apoio pontual da parte dos profissionais ao centro. Constatou-se que isso é insuficiente para dar resposta as necessidades das ppdm e suas famílias, pois é necessário envolver as famílias no tratamento dos seus membros doentes e prepará-las para receberem os seus membros de volta a casa e aumentando progressivamente a sua autonomia no que concerne ao cuidado da ppdm. No que toca a reinserção, esses apoios pouco ou nada contribuem para tal acção. Esses resultados vão ao encontro das conclusões encontradas nos estudos realizados pelos autores Baptista (2011) e Fazenda (2011).

Neste sentido, é fundamental que se faça um diagnóstico prévio da situação e intervir realizando: EpS às famílias; promoção do envolvimento da família no tratamento do seu membro doente; prestação de cuidados continuados e nos domicílios; promoção do envolvimento social da ppdm e a sua família; promoção da melhoria da auto-estima da ppdm. Os diagnósticos e as intervenções utilizadas para a efectuação da reinserção vão ao encontro do preconizado pelos autores Carpenito e Colaboradores (1997) e Bulechek, Butcher e Dochterman (2010).

Assim, afirma-se que há necessidade de criar uma equipa multidisciplinar, com a finalidade de atingir o objectivo de desinstitucionalização/reinserção e, realizando um trabalho direccionado às famílias com ppdm institucionalizadas, bem como às restantes

famílias que convivem com elas em suas casas e, que precisam de um apoio dos profissionais e de entidades capacitadas para dar respostas as suas necessidades.

4.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho pôde-se constatar que a enfermagem tem um grande contributo na reinserção da ppdm na família, quando está reinserida numa equipa multidisciplinar. Pois, sendo o enfermeiro o profissional que mais perto da família se encontra, ele deverá realizar funções de EpS a ppdm e sua família, planear a alta de forma a que a família esteja preparada para receber o seu ente em casa, realizar visitas domiciliárias, promovendo o cuidado continuado e actividades comunitárias que envolvam a ppdm e sua família.

No decorrer do estudo encontrou-se algumas limitações, nomeadamente na condução das entrevistas às famílias das ppdm.

Deparou-se também, uma limitação, no que tange a transcrição do crioulo para o português. E, a limitação pessoal encontrada esteve relacionada com a inexperiência do pesquisador no ramo da investigação científica, trazendo-lhe alguns obstáculos aquando da elaboração da fase empírica do trabalho em questão.

Para futuros estudos, sugere-se envolver as ppdm no estudo, procurando compreender o significado que a própria ppdm atribui a sua institucionalização e explorar se este tem vontade de voltar para junto dos seus familiares.

Por fim, afirma-se que, na generalidade os objectivos foram alcançados, tais resultados são fulcrais para a evolução e continuação de estudos nesta área, contribuem para o desenvolvimento da área de saúde mental e psiquiatria, particularmente direccionada à comunidade. A pesquisa é apenas um ponto de partida para novas investigações e espera-se que os pontos discutidos no presente trabalho sejam aprofundados numa pesquisa futura.

Acredita-se, que a pesquisa trouxe algum contributo a nível teórico, uma vez que é uma temática pouco discutida em Cabo Verde e, que necessita de soluções no sentido de diminuir a problemática da institucionalização prolongada e os casos de abandono da ppdm por parte das famílias. A nível prático, evidenciou-se tanto a função do enfermeiro na reinserção da ppdm institucionalizada na família, bem como a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar prol do mesmo objectivo e no sentido a dar resposta a esta problemática crescente de forma assertiva.

4.3. PROPOSTAS

Deixa-se assim, algumas recomendações que constata-se ser pertinente para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e para o progresso de futuros estudos na área de saúde mental e psiquiatria.

Sugestões direccionadas as acções de enfermagem:

- Investir na prevenção primária direccionada às comunidades e às escolas;
- Apostar na educação para a saúde, principalmente às crianças com idade pré-escolar e escolar, no sentido de quebrar o estigma que a sociedade possui em relação a Ppdm, e esclarecer os mitos e os factos em torno das patologias mentais;
- Promover actividades em que a ppdm possa participar no sentido de mostrar a sociedade que ele é capaz e que não representa perigo a sociedade uma vez estabilizado isto, tanto auxilia na recuperação da pessoa, bem como ajuda as pessoas a aprender a conviver com a ppdm;
- Realizar visitas domiciliárias promovendo acções junto da família, diagnosticando as reais necessidades e orientá-los no que toca ao cuidado a ppdm;
- Fazer reuniões com as famílias das ppdm, juntamente com um psicólogo, no sentido de orientá-los, promover partilha de experiência entre as famílias e abordar assuntos que necessitam ser abordadas e do interesse delas;
- Criar uma equipa de intervenção multidisciplinar direccionada à resolver a problemática da reinserção social/familiar das pessoas institucionalizadas e a actuação no terreno para diminuir o abandono das ppdm por parte das famílias;

Em termos académicos sugere-se:

- Integrar as famílias e os cuidadores idosos com ppdm em casa, bem como as institucionalizadas, nos programas de enfermagem da universidade, “Adoptar uma família” e “Adoptar um idoso”.
- Promover mais acções a nível dos estudantes de enfermagem em termos de saúde mental e psiquiatria, como por exemplo: palestras periódicas e continuadas sobre estigma, noções básicas diversas patologias; educação para a saúde principalmente nas comunidades de risco.
- Incorporar nas cadeiras enfermagem e saúde comunitária, enfermagem em saúde de família, enfermagem do adulto e idoso e enfermagem em saúde mental, um tópico direccionado a saúde mental direccionada a família/comunidade.

- Aproveitar a semana de enfermagem para promover também a saúde mental;
- Aumentar as horas de ensinios clínicos na área de saúde mental, principalmente no CADM-SV e CTO, uma vez que com a carência de profissionais de saúde, especialmente de enfermeiros, para que eles possam tanto contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida dessas pessoas e ter tempo suficiente para inteirar da problemática existente em torno da institucionalização;
- E por fim que os estudantes durante os EC, envolvam as famílias das ppdm institucionalizados nas actividades e criem actividades direccionadas especificamente as famílias (e se estes não aceitarem ir ao centro participar das act. Ir de encontro a eles) como: fazer educação sobre a patologia dos seus entes queridos, abordá-los sobre as consequências da institucionalização prolongada, falar da importância do envolvimento dela no tratamento e a recuperação do seu membro doente, falar sobre o estigma perante a ppdm e a própria família que possui uma ppdm em casa, e sensibiliza-los quanto a reinserção familiar/social.

4.4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DENTRO DE UM PROJECTO DE REINserÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DOENÇA MENTAL NA FAMÍLIA

Ao longo do trabalho deparou-se com alguns problemas que suscitou a nossa preocupação assim, achamos pertinente traçar algumas intervenções de enfermagem no sentido de favorecer a reinserção da ppdm institucionalizado na família e conferir o apoio necessário as famílias. No entanto, é importante que essas intervenções sejam inseridas num projecto de intervenção multidisciplinar (*Cf.* Apêndice VI) e, as actividades propostas no projecto vão ao encontro das informações recolhidas com os profissionais entrevistados.

Salienta-se, que as intervenções delineadas foram no sentido de dar resposta aos problemas levantados meramente com o público-alvo e, espera-se que num futuro trabalho possa-se realizar diagnósticos e intervenções de enfermagem que possam abranger uma população maior.

É importante também esclarecer que apenas optou-se por no máximo oito (8) actividades por cada intervenção, dada a limitação do estudo e devido a pouca experiência do pesquisador preferiu-se traçar as intervenções que este poderia garantir uma maior eficácia, uma vez que algumas actividades exigiam um nível de experiência teórico-prático maior, nomeadamente uma especialização na área da saúde mental (*Cf.* Apêndice VII).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, P. (2010). *Para além dos mitos, descobrir a doença Esquizofrenia*. Cascais, Príncipe Editora.
- ALMEIDA, A. C. M. C. H.; FILIPES, L.; DAL POZZO, V. C. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol.6, p.40-47.
- ALVES, C. C. F.; SILVEIRA, R. P. (2011). Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acri: o contexto do território na desinstitucionalização. *Revista APS*; Vol. 14, n.4, p.459-460.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Guia de referência rápida para os diagnósticos*. Lisboa, Climepsi – Editores.
- ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL - A PONTE (2013). *Estigma, doença e saúde mental*. Associação de Promoção da Saúde Mental, Praia, Tipografia Santos.
- ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL - A PONTE (2014). *Aprender sobre a Esquizofrenia*. Associação de Promoção da Saúde Mental, Praia, Tipografia Santos.
- BAPTISTA, A. P. (2011). *A integração do portador de transtorno mental na família*. Dissertação de Licenciatura Universidade (Não Publicada). Santiago, Jean Piaget de Cabo Verde
- BASTEIRO, S.; GIL, C. M. e MARÍN, R. (2006). *Guia para Familiares de Doentes Mentais*. Lisboa, 3ª Edição, Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental (FNAFSAM).
- BELINI, M. G.; HIRDES, A. (2006). Projecto Morada São Pedro: Da Institucionalização à Desinstitucionalização em Saúde Mental. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, Vol.15, n.4.
- BORBA, I. O.; Schwartz E.; Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enfermagem*; Vol. 21 n.4, p.588-94.
- BRAGANÇA, O. A. (2013). *Desinstitucionalização do doente mental*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Bragança. Escola Superior de Educação.

BRUSAMARELLO, T. (2011). *Cuidado de Enfermagem com Familiares e Pessoas com Transtorno Mental na Extensão Universitária*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Universidade Federal do Paraná.

BULECHEK Howard; K. BUTCHER; Joanne McCloskey DOCHTERMAN (2010). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*; 5ª Edição, Elsevier Editora.

BRUSSULA, D. A.; OLIVEIRA, D. A. L.; VOLPATO, L. M. B. (Sem data). “O Trabalho do Assistente Social junto aos Portadores de Transtorno Mental e sua Respectiva Família.” [online]
http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349https://www.google.cv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCYQFjABahUKewjEio2Xl4XGAhXH_3IKHbDJAOC&url=http%3A%2F%2Fwww.bibliotecadigita.l.unicamp.br%2Fdocument%2F%3Fdown%3D46153&ei=vzR4VYSvL8f_ywOwk4O4Dg&usg=AFQjCNG5IUXcPImnDvjSu8R57GiP7kwjWA&bvm=bv.95039771,bs.1,d.ZGU&cad=rja 10/06/2015

CARDOZO, A. R (2009). *A reinserção social do usuário do Centro de Atenção Psicossocial Após a Alta*. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Observatório Brasileiro de Informações sobre as Drogas.

CARMO, H. e FERREIRA, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. 1ª Edição, Lisboa, Universidade Aberta.

CARPENITO, L. J. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 6ª Edição, Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul.

CARVALHO, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Vol. 8, p.52-57.

CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. 1ª Edição, Loures, LUSOCIÊNCIA

COLVERO L. A.; IDE C. A. C.; ROLIM M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista Escrita de Enfermagem USP*, Vol. 38, n.2, p. 197-205.

CRISTÓVÃO, A. S.; MARTINS, H.; FERNANDES, N. (2012). *Enfermagem de saúde comunitária e da família*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

DANTAS, G. E. (2014). *Atitudes Frente ao Doente Mental: Correlatos Valorativos e de Traços de Personalidade*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Universidade Federal de Paraíba.

ESTEVES, M. T (2011). “*Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave.*” Dissertação de Mestrado (Não Publicada), Universidade de Técnica de Lisboa.

FAZENDA, I.; MONTEIRO, F. J. e OLIVEIRA, D. (2006). *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Lisboa, Tipografia Macarlo.

FREITAS, F. F. (2012). *Significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada), Universidade Federal de Santa Maria.

FORTIN, M. F.; CÔTE, J. e FILION, F. (2009). *Fundamentos e Processos de Investigação*. 1º Edição. Loures, Lusodidacta.

GOMES, M. F. P.; MARTINS, M. M. e AMENDOEIRA, J. (2011). As famílias com doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, vol.5, p.53.

HANSON, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição, Portugal, LUSOCIÊNCIA.

HERBERT, S. C. T. (2012). *Imigração, rituais e identidade estudo exploratório com descendentes de imigrantes cabo-verdianos*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Universidade Católica Portuguesa.

JORGE, M. S. B.; RANDEMARK, N. F. R.; QUEIROZ, M. V. O.; RUIZ, E. M.; (2006). Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59, n. 6, p.734-9.

LAVERACK, Glenn (2008). *Poder e empoderamento*. 1ª Edição, Loures, LUSODIDACTA.

MENDES, M. L. S. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Braga. Tese de Mestrado (Não publicada). MENEZES, E. M.; SILVA, E. L. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 4ª Edição, Florianópolis.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.ª Edição, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

MONTEIRO, A. R. M. ; BARROSO, M. G. T. (2000). A família e o doente mental usuário do hospital-dia – Estudo de um caso. *Revista Latino-Americano. Enfermagem* - Ribeirão Preto, Vol. 8, n. 6, p. 20-26.

MORAIS, J. P. L. (2010). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Universidade Católica Portuguesa.

MOREIRA, L. H. O.; FELIPE, I. C. V.; GOLDSTEIN, E. A.; Brito, A. P. e Costa, L. M. (2008). A inclusão social do doente mental: Contribuições para a enfermagem psiquiátrica. *Inclusão Social, Brasília*, v. 3, n. 1, p.41.

NAVARINI, V. e HIRDES, A. (2008) *A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; v.17, n.4, p.683.

OGDEN, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª Edição, Lisboa, Climepsi-Editores.

OLIVEIRA, L. H. e MIRANDA, C. L. M. (2000). A instituição psiquiátrica e o doente mental: a percepção de quem vivencia esse cotidiano. *Revista de Enfermagem*, Vol. 4, n.1, p. 95-103.

RODRIGUES, V. B. e MADEIRA, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão da Literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1246-0480. Vol 6, p.390-399.

ROHDE, L. A; ZAVASCHI, M. L; LIMA, D.; ASSUNÇÃO Jr. F. B; BARBOSA, G.; GOLFETO, J. H; REIS, R (2000). *Crianças e adolescentes com transtornos mentais. Realidade do diagnóstico em psiquiatria infantil no Brasil*, Revista Brasileira Psiquiatria; Vol.22, n.1, p.2.

SADIGURSKY, D. (2002). A enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador. Vol. 7, n.3, p.50-51.

SANTOS, T. C. (Sem Data). *A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental*. [online]
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/2343>
10/06/2015

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. (2011). *A Família e o Cuidado em Saúde Mental*. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 34.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. (2006). A doença mental sob o olhar de

pacientes e familiares. *Revista Escrita de Enfermagem USP*; Vol. 40 n.1, p.123-7.

SCHRANK, G. e OLSCHOWSKY, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.” *Revista Escrita de Enfermagem USP*, Vol. 42, n.1, p.128.

SILVA M. R. S.; ELSEN I.; LACHARITÉ. C. (2003). Resiliência: concepções, factores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, Vol.13, n.26, p.147-156.

SILVA, C. M. M. O. V. (2004). *Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial*. Dissertação de Mestrado (Não Publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição, Lisboa, Lusociência.

TOWNSEND, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. 1ª Edição, Portugal, Lusociência.

VIANA, S. V.; ALMEIDA, A. C. S. (s/d). *Estigmas e preconceitos acerca da pessoa com transtorno mental*. Seminário Integrado, Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, São Paulo.

VIEIRA, Q. R. (Sem Data). *A família como ponto chave no tratamento terapêutico de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependentes químicos*. Assistente Social UNIICA (Unidade Intermediária de Crise e Apoio à Vida) [online] <http://www.uniica.com.br/orientacoes/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiaticos-e-dependentes-quimicos/> em 25/03 2014 12h33

VILLELA S. C. e SCATENA, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF); vol.57, n. 6, p. 739.

WAIDMAM, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. (1999). Família e Doença Mental. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, Vol.1, n.1/2, p.27-32.

APÊNDICES

Apêndice I- Guião de Entrevista com as Famílias da ppdm

Guião de Entrevista

Dados sociodemográficos:

Idade: _____

Profissão: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Quantas pessoas vivem na casa: _____

Residência: _____

Faixa etária das pessoas que vivem na

Grau de escolaridade: _____

casa: ____ aos ____

Questionário:

1. Tem conhecimento sobre a doença do seu familiar?
2. Acha que é possível controlar os sintomas? Ou que a doença tem tratamento?
3. Conhece os tratamentos da doença?
4. Como aperceberam-se da doença? Como lidaram e lidam hoje com a doença?
5. Teve apoio dos amigos ou vizinhos?
6. Visitam o seu familiar no Centro de Vila Nova? Em Caso de não, porque não visita?
7. Conversa com algum profissional de saúde sobre a doença do seu familiar? Se sim, com quem?
8. Porque é que o seu familiar está no Centro e não em casa?
9. Sente que existe uma sobrecarga ao cuidar do seu familiar doente? Qual é mais predominante, a sobrecarga psicológica ou a física?
10. O que acha que poderia ser feito para minimizar essa sobrecarga?
11. Estaria disposto em receber o seu familiar em casa? Se não, porquê?
12. Que apoio acha que poderia receber para minimizar a sobrecarga da doença?

Apêndice II - Guião de Entrevista com os profissionais

Guião de Entrevista

Dados sociodemográficos:

Idade: _____

Sexo: _____

Habilitações

Literárias: _____

Profissão: _____

Tempo que exerce a profissão no

serviço: _____

Questionário:

1. Qual é a sua percepção no que tange a problemática do abandono?
2. Quais são os obstáculos percebidos face à reinserção da pessoa portadora da doença mental na família?
3. Que apoios disponibiliza ao CADM-SV?
4. De que forma a sua disciplina poderia contribuir dentro de uma equipa multidisciplinar em prol da reinserção da pessoa portadora de doença mental institucionalizada na família?

Apêndice III – Guião de Observação de Campo

Plano para observação: Notas de campo

Entrevistados	Data/ hora	Lugar	Duração	Espaço	Notas de campo (observadas e relatadas pelo entrevistado)

Apêndice IV – Quadro de Identificação das ppdm Institucionalizadas e das pessoas entrevistadas

ppdm		P.E.	
ppdm 1	<p>Idade: 42 A</p> <p>Sexo: M</p> <p>Estado Civil: Solteiro</p> <p>T.I.: 4 Meses (Novembro/2014)</p> <p>F.C.: não tem</p> <p>P.S.: Não recebe.</p>	P.E. 1	<p>Idade: 75 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>G.P: Mãe</p> <p>H.L.: Analfabeta</p> <p>Profissão: Aposentada com pensão social</p> <p>Residência: Fonte Inês</p> <p>Q.S.: Desnutrição</p> <p>OBS: Vivem 3 pessoas na casa e apenas 1 trabalha (Idades entre 17 aos 74A).</p>
ppdm 2	<p>Idade: 46 A</p> <p>Sexo: M</p> <p>Estado Civil: Solteiro</p> <p>T.I.: ~ 6 A</p> <p>F.C.: não tem</p> <p>P.S.: não recebe</p>	P.E. 2	<p>Idade: 84 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>G.P: Mãe</p> <p>H.L.: Analfabeta (sabe assinar o seu nome)</p> <p>Profissão: Aposentada c/ pensão da Itália.</p> <p>Residência: Cruz de João Évora</p> <p>Q.S.: Teve AVC 12/2014, Gastrite, Angina do Peito, Dificuldade na locomoção.</p> <p>OBS: Vive sozinha.</p>
ppdm 3	<p>Idade: 50 A</p> <p>Sexo: M</p> <p>Estado Civil: Solteiro</p> <p>T.I.: ~ 5 A (2010)</p> <p>F.C.: 3 Filhos (idades: gémeos M 20 A com uma mulher, 18 A F com outra, todos estudam).</p> <p>P.S.: Recebe um subsídio de Portugal.</p>	P.E. 3	<p>Idade: 77 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>G.P: Mãe</p> <p>H.L.: 4ª Classe de Escolaridade</p> <p>Profissão: Aposentada com pensão de viuvez.</p> <p>Residência: Mindelo</p> <p>Q.S.: Lombalgias</p> <p>OBS: Vivem 2 pessoas na casa. (Idades entre 37 aos 77A). Suspeita-se que a Filha possui algum problema de saúde mental.</p>
ppdm 4	<p>Idade: 41 A</p> <p>Sexo: M</p> <p>Estado Civil: Solteiro</p>	P.E. 4	<p>Idade: 45 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>G.P: Irmã</p>

	<p>T.I.: ~ 3 A</p> <p>F.C.: 3 Filhos (idades: 20 M, 18 F e 10 M A, todos estudam).</p> <p>P.S.: não recebe</p>		<p>H.L.: 2ª Classe de Escolaridade</p> <p>Profissão: Empregada Doméstica.</p> <p>Residência: Vila Nova-Lombo Tanque.</p> <p>OBS: Vivem 7 pessoas na casa. (idades entre 4 aos 78A). Apenas ela trabalha. Tem irmão portador da doença mental em casa e este recebe uma pensão social.</p>
ppdm 5	<p>Idade: 59 A</p> <p>Sexo: M</p> <p>Estado Civil: Solteiro</p> <p>T.I.: ~ 4 A</p> <p>F.C.: não tem</p> <p>P.S.: Não recebe</p>	P.E. 5	<p>Idade: 60 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>G.P: Irmã</p> <p>H.L.: 4ª Classe de Escolaridade</p> <p>Profissão: Aposentada pensão de Grécia</p> <p>Residência: Madeiralzinho</p> <p>Q.S.: Fortes lombalgias na região torácica, Anemia, Problemas nos ossos.</p> <p>OBS: Vivem 3 pessoas na casa (idades 5 entre 60A). Apenas o filho trabalha, mas está desempregado actualmente.</p>

Legenda: ppdm= pessoa portadora da doença mental; P.E.= Pessoa Entrevistada; T.I.= Tempo de Institucionalização; F.C.= Família Constituída; P.S.= Pensão Social; F= Feminino; M= Masculino; G.P.= Grau de Parentesco; H.L.= Habilitações Literárias; Q.S.= Queixas Somáticas e OBS= Observação.

Apêndice V – Panfleto Sobre a Esquizofrenia

Esquizofrenia:

Factos sobre a doença

A agressividade não é uma característica que define a personalidade da pessoa portadora de esquizofrenia. Esse pode manifestar o sintoma, mas quando estabilizado ou medicado a pessoa tende a ser calma e tímida.



A pessoa portadora de esquizofrenia estabilizada pode desempenhar uma ocupação e trabalhar, tendo em conta sempre as suas capacidades e limitações, isto como qualquer pessoa.

É importante para a recuperação da pessoa portadora da doença esquizofrénica o convívio social, juntamente com o tratamento prescrito pelo médico. De forma a que ele recupere as suas habilidades sociais.

O modo como agimos com a pessoa portadora de esquizofrenia e qualquer doença mental pode fazer uma grande diferença. Todos somos seres humanos e devemos ser tratados de igual forma, independentemente da sua condição de saúde.

Universidade do Mindelo

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente
– CABO VERDE

<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail
geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 –
Fax: +238.2325132

Esquizofrenia

Algumas coisas a saber



Elaborado por:

Cristina Hewawasam
Estudante de Enfermagem, 4ºA
Uni-Mindelo



Esquizofrenia: Algumas noções sobre a doença

A **esquizofrenia** é uma doença mental grave que faz com que a pessoa desorganize a sua personalidade, perda as capacidades de socialização e perda também o contacto com a realidade.

Causas

Não tem uma só causa definida. É causada por diversos factores ou seja, a pessoa pode herdar dos pais (hereditariedade), pode ser causado por uma disfunção biológica e química do organismo, devido a algum factor psicológico, uso de substâncias psicoactivas (*cannabis*).

Os **sintomas** da esquizofrenia dividem em **sintomas positivos** (alucinações, distúrbios do pensamento, delírios, perda de memória) e **sintomas negativos** (falta de motivação, afecto ou sentimento embotado, depressão, perda do contacto social, pobreza de discurso e de pensamento, fica muito tempo numa posição, pode apresentar posturas incomuns).

Diagnóstico

Para diagnosticar a doença, a pessoa tem que passar primeiro por consultas de psiquiatria e só após uma série de avaliações este diagnóstico pode ser comprovado. É importante que o diagnóstico seja o mais precoce possível de forma a ir a tempo de minimizar a deterioração que a doença acarreta.

Tratamento e medicação

O tratamento varia de acordo com o tipo de esquizofrenia que foi diagnosticado e do tempo de evolução da doença. Mas, existe o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso (psicoterapia, terapia comportamental, terapia de grupo, arte terapia). Para um efeito eficaz os dois tratamentos são combinados e devem ser seguidos por uma equipa multidisciplinar formado por: **psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacional**.

Importância do apoio familiar

Todos nós temos o direito de pertencer a uma família. E principalmente ter o seu apoio nos momentos difíceis. É neste sentido, que o apoio da família é muito importante para a pessoa portadora da esquizofrenia. Ela precisa sentir amada, ter o apoio no tratamento, socializar com outras pessoas, realizar uma ocupação. Com o apoio da família e pessoas próximas, carregar o peso que a doença acarreta fica mais fácil.

Estigma e preconceito em torno da doença

A pessoa portadora de uma doença mental é muitas vezes excluída do convívio social e família e rotulada de “louco”. É importante perceber que a doença mental em alguns casos tem cura (ex: depressão, ansiedade), no caso da esquizofrenia devemos encará-la como qualquer doença crónica, que embora não tenha cura, tem tratamento e pode ser estabilizado e a pessoa viver a sua vida de acordo com as suas possibilidades e limitações. Por isso ela deve ser tratada de forma igual e com respeito.

Com quem os familiares podem contar para lidarem com a doença do familiar

A família precisa saber que o cuidado do familiar portador da doença é tanto da sua responsabilidade, como dos profissionais de saúde (enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais). E que ela deve recorrer ao posto de saúde mais próximo ou hospital, se tiver qualquer problema ou dúvida acerca da doença.

Apêndice VI - Projecto de Reinserção da ppdm institucionalizada na família



Título do Projecto

“Nô cuidá de quel quê d’nos, pa manhã nô tem quem cuidá de nós”

Projecto “Promover o retorno da pessoa portadora de doença mental institucionalizada à família”

A. Introdução

“Nô cuidá de quel quê d’nos, pa manhã nô tem quem cuidá de nós” é um projecto que tem a finalidade promover o retorno da pessoa portadora de doença mental (ppdm) institucionalizada à família. Inicialmente este projecto estará direccionado apenas às ppdm e as suas respectivas famílias que participaram no estudo para a realização da monografia.

Segundo Oliveira e Miranda (2000, s/p) “nos espaços institucionais, as actividades têm horários marcados para serem realizadas e as pessoas são tratadas da mesma forma, como se todos possuíssem as mesmas características e as mesmas vontades e sobretudo a mesma noção de tempo”, assim verifica-se que a ppdm ao longo do tempo passa por uma despersonificação, perda da privacidade e da subjectividade uma vez que todas as ppdm são tratadas da mesma maneira.

De igual forma, há que ter em atenção que a institucionalização prolongada é um factor de risco para a resiliência, este constructo que Silva, Elsen e Lacharité (2003, p.147) caracterizam pela capacidade do ser humano responder de forma positiva às demandas da vida quotidiana, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu desenvolvimento. Nestes casos, a ppdm pode perder a capacidade de responder de maneira positiva aos problemas que surgem no seu dia-a-dia, e consequentemente pode perder a capacidade de conseguir superar a sua doença mental.

Assim, este projecto surge como vector de sensibilização da comunidade, em geral, e a família em particular para a importância do convívio familiar a ppdm.

Entende-se que a socialização faz parte do tratamento da ppdm e que é de extrema importância que a família esteja envolvida neste processo.

Para que o retorno da ppdm seja possível é preciso apostar em programas de acção comunitárias e na construção de serviços de ajuda domiciliária que sejam capazes de personificar o atendimento, constituído por equipas multidisciplinares de intervenção em que este apoio permita que a pessoa esteja na sua família/comunidade. Da mesma forma, é fundamental sensibilizar e educar a comunidade acerca dos mitos associados à doença mental, no sentido de diminuir o estigma transformando a comunidade num lugar mais acolhedor e inclusiva, de modo a que a ppdm tenha acesso a todos os recursos necessários que contribuem para a prevenção da ruptura pessoal e social. (Ornelas e Duarte cit. por Vaente, Oliveira e Lameiras, 2010, s/p).

Apoiando esses resultados, os autores Navarini e Hirdes (2008), Townsend (2011), Carvalho (2012), Cristóvão, Fernandes e Martins (2012), Gomes, Martins e Amendoeira (2011), Alves e Silveira (2011), Silva (2004) e Santin e Klafke (2011), alegam que existem de facto alguns obstáculos por parte dessas famílias no que concerne a reinserção da ppdm no seu contexto familiar que são, a sobrecarga financeira; a sobrecarga física e psicológica; a falta de envolvimento por parte dos familiares na recuperação e tratamento da ppdm institucionalizada e a necessidade de uma proximidade entre as famílias e os profissionais de saúde/instituições de saúde.

Este projecto brota no sentido de vontade de minorar tais obstáculos.

B. Justificação/ Contextualização

Tem surgido desde alguns anos, casos de ppdm abandonadas na rua e, em 2010 com a criação do Centro de Apoio aos Doentes Mentais de São Vicente (CADM-SV), localizada em Vila Nova, muitas dessas ppdm com a patologia esquizofrenia foram retiradas da rua.

Com a crescente demanda e o aumento de pessoas a viverem na rua, o centro encontra-se sobrelotado, não podendo receber pessoas que necessitam de apoios mínimos em termos de necessidades básicas e iniciar o tratamento para a sua patologia.

Tendo em conta a realidade do CADM-SV, dentro da crescente necessidade, o trabalho que tem sido feito pelos profissionais pouco reverte ao retorno da ppdm institucionalizada à sua família, tornando-se visível a urgente necessidade de trabalhar

no sentido de reinserir as ppdm que estão estabilizadas, nas suas respectivas famílias e dar a continuidade do tratamento no domicílio.

A esquizofrenia é uma doença mental grave que afecta, aproximadamente 24 milhões de pessoas em todo o mundo (*World Health Organisation* cit. por A PONTE, 2014, p.10). E, por ser uma doença crónica que embora tenha tratamento, não tem cura, acarreta a família uma enorme sobrecarga no que tange aos cuidados dispensados a ppdm.

Pois, à família é colocado o papel de cuidador para o qual não está preparada, não entende o comportamento da pessoa portadora da doença mental, nem as manifestações da doença, tendo de encarar ainda com a culpa, a sobrecarga física e emocional, o isolamento social, e, muitas vezes, complicações económicas (Gomes, Martins e Amendoeira, 2011, p.52), com o acréscimo do estigma resultante do facto de ser “culpabilizada” socialmente por não produzir um elemento saudável.

O projecto está direccionado às famílias das ppdm institucionalizadas e, vai no sentido de diminuir o estigma aliado a doença mental. Serão disponibilizadas a elas as informações e sessões de Educação para a Saúde (EpS) sobre a doença do seu ente e, uma vez que são a primeira unidade base da sociedade, com a divulgação desses saberes pode-se começar um movimento de mudança de mentalidades em prol da aceitação da doença mental como uma doença do fórum físico e que a ppdm (em estado de compensação) merece conviver na sua comunidade exercendo a sua cidadania.

É também, importante esclarecer que as intervenções em prol da reinserção devem englobar os três níveis de prevenção e intervenção segundo o Modelo de Hanson. Na prevenção primária o objectivo é promover a pessoa e a família um melhor estado de saúde, mediante acções de promoção de saúde (informação das forças familiares, apoio aos mecanismos de *coping*, funcionamento e educação), na prevenção secundária ajuda-se a família a lidar com os seus problemas, auxiliando-a a encontrar e a utilizar um tratamento apropriado e a intervir em crises (restabelecer as linhas de defesa do sistema familiar) e na prevenção terciária surge no sentido de obter a estabilidade do sistema familiar através de acções que são começadas depois do tratamento no hospital, por exemplo, a coordenação de cuidados após a alta (Manutenção da estabilidade do sistema familiar) (Cristóvão, Fernandes e Martins, 2012, p.141).

C. Benefícios

Este projecto serve de ponto de partida para um trabalho de reinserção das ppdm institucionalizadas nas suas respectivas famílias.

Para as famílias, serve para que elas sejam apoiadas e auxiliadas no cuidado ao seu membro doente de forma a prevenir a sobrecarga e o desgaste da cuidadora principal.

Às ppdm este trabalho vem no sentido de promover o convívio familiar e social e consequentemente a possibilidade do retorno à sua família.

D. Objectivos:

1. Objectivo geral

- Promover a reinserção da ppdm institucionalizada na família.

2. Objectivos Específicos (OE):

- Oferecer cuidados holísticos a ppdm no sentido de diminuir as possíveis crises e prevenir as recaídas;
- Realizar EpS para a família sobre diversos temas relacionado com o processo de doença e outros assuntos necessários;
- Cuidar do cuidador principal de forma a diminuir a sobrecarga e prevenir que este adoença;
- Envolver a família nos cuidados a ppdm e mostrar a importância do trabalho em conjunto para o alívio do *stress* do cuidador principal;
- Mobilizar recursos necessários para que a família cuide do seu ente em casa e reduzindo as hipóteses de abandono do ppdm por parte da família;
- Reforçar as estratégias de *coping* e a resiliência das famílias.

E. Público-alvo

- As ppdm, as suas famílias a que foram alvo da pesquisa e a comunidade.

F. Recursos

Os recursos humanos necessários para que este projecto seja viável é uma equipa formada por, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, assistente social e terapeuta ocupacional. Este projecto ambiciona também com a colaboração de voluntários e de

estudantes/ estagiários de área de enfermagem, psicologia e ciências sociais das diversas universidades locais.

Como potenciais parceiros levanta-se desde já o possível apoio da Câmara Municipal, o Ministério de Saúde, a Comissão Nacional de Direitos Humanos, a Associação A PONTE, a Associação dos Psicólogos de Cabo Verde, o Centro de Juventude; as Universidades locais e Associação SOS Solidário.

Em termos de recursos materiais necessitamos de um espaço amplo onde actividades possam ser realizadas, uma casa de banho, (pequeno refeitório), um gabinete de gestão e uma ou duas salas polivalentes para o exercício das funções dos profissionais cuidadores de saúde e devidamente equipadas com materiais necessários de acordo com as actividades propostas.

G. Actividades do programa/ técnicas

Sendo que propomos que as intervenções sejam realizadas por uma equipa multidisciplinar, as actividades estão divididas por actividades individuais de cada profissional e as actividades do grupo de cuidadores de saúde.

Actividades Individuais de cada Profissional	
Designação da Profissão/Disciplina	Actividades a Desempenhar no Projecto
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none">- Consultas de Enfermagem;- Diagnósticos de enfermagem; Intervenções de enfermagem (segundo os três níveis de prevenção); Avaliação dos resultados obtidos e Implementação de novas acções necessárias;- Realização de visitas domiciliárias/ cuidados domiciliários;- Realização de EpS à ppdm/família/comunidade;- Encaminhamentos às especialidades, conforme a necessidade;- Lidera com um parceiro líder as actividades do Grupo de Apoio oferecidas ao cuidador principal.

<p>Psicólogo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio psicológico/ psicoeducação às famílias; - Psicoterapia de apoio as ppdm e orientação das família; - Prevenção de recaída; - Grupos de ajuda mútua (familiares cuidadores); - Intervenção psicossocial; - Visitas domiciliárias; - Arte terapia. -Encaminhamentos a outras especialidades, conforme o necessário.
<p>Médico Psiquiatra</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de consultas/administração de medicação; - Responsável para clarificar os diagnósticos à ppdm e a família; - Encaminhar para internamento nas situações de crise; - EpS à ppdm/ família/ comunidade; - Encaminhar para outras especialidades, caso for necessário.
<p>Assistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interligação entre a família/instituições de saúde e outros, conforme o necessário; - Encaminhar para outras especialidades/ instituições de saúde e outros, conforme o necessário; - Garantir os direitos sociais da ppdm e sua família; - Levantamento de dados - caracterização e identificação das condições socioeconómicas habitacionais da família das ppdm; - Melhorar, segundo as possibilidades, a condição socioeconómica da ppdm e sua família, mediante os programas de apoios disponíveis na ilha; - Informar aos familiares e a ppdm dos sistemas de apoios existentes na ilha e como podem ter acesso a

	ela, caso tiverem direito. - Procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde; - Assegurar ocupações/ trabalho/ formações quando a ppdm estiver compensada.
Terapeuta Ocupacional	- Grupo operativo - Grupo terapia ocupacional - Expressão corporal - Visitas domiciliárias às ppdm e sua família; - Realização de actividades ocupacionais; - Realização de actividades de estimulação da memória, atenção e expressão dos sentimentos; - Realização de actividades socializantes e comemorativas.

Nota: Essas actividades serão avaliadas em reuniões periódicas e multidisciplinares de modo a garantir uma maior articulação entre os diferentes profissionais e uma prestação de cuidados mais humanizados.

H. Resultados esperados

Com este projecto espera-se que:

- As famílias estejam satisfeitas com o suporte fornecido pela equipa multidisciplinar de cuidadores de saúde;
- As famílias mostrem interesse em envolver no tratamento do seu membro doente;
- A médio prazo, que eles mostrem a preocupação do ppdm estar longe do convívio familiar e mostrarem interesse em que este vá viver no seu seio;
- A médio prazo, que estas famílias estejam preparadas para receber os seus entes queridos em casa;
- A longo prazo que as ppdm estejam reinseridas na sua família e que haja uma melhoria da qualidade de vida das ppdm e suas famílias.

Referências Bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL - A PONTE (2014). *Aprender sobre a Esquizofrenia*. Associação de Promoção da Saúde Mental, Praia, Tipografia Santos, Lda.
- CRISTÓVÃO, A. S.; MARTINS, H.; FERNANDES, N. (2012). *Enfermagem de saúde comunitária e da família*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- SILVA M. R. S.; ELSEN I.; LACHARITÉ. C. (2003). Resiliência: concepções, factores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, Vol.13, n.26, p.147-156.
- VALENTE, M. A. ; OLIVEIRA, K.; LAMEIRAS, V. (2010). “O nosso hospital é a nossa comunidade”- Modelo de intervenção comunitária em Saúde Mental em Timor-leste. *Revista Hospitalidade*, 288, 48-52.

Apendice VII- Intervenções de Enfermagem dentro de um Projecto de Reinserção da Pessoa Portadora da Doença Mental na Família

Família		
Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Actividades de Enfermagem
<p>Desgaste do papel do cuidador.</p> <p>D- Estado no qual o indivíduo está em alto risco para apresentar sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de prestação de cuidado a outra pessoa.</p> <p>CD: - Ausência de comportamento visando à independência;</p> <p>- Ausência de pensamentos dirigidos ao futuro.</p> <p>FR: - Principais responsabilidades do cuidador de atendimento para a pessoa que exige assistência regular com os autocuidados devido à incapacidade mental;</p> <p>- Sem motivação para a pessoa realizar as actividades de autocuidado;</p> <p>- Descanso insuficiente;</p> <p>- Características do cuidador;</p> <p><u>Fisiopatológicos</u>: Doença mental crónica, dependência.</p> <p><u>Situacionais</u> (pessoais, ambientais): Relacionados a padrão de resolução ineficaz; a</p>	<p><u>Apoio ao cuidador (1)</u> : Oferecimento de informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde.</p> <p><u>Cuidado durante o Repouso (2)</u>: Oferecimento de cuidados de curto prazo para proporcionar descanso ao cuidador da família.</p> <p><u>Assistência quanto a Recursos Financeiros (3)</u>: Assistência a indivíduo/família para garantir e controlar os recursos financeiros de modo a atender às necessidades de cuidados de saúde.</p>	<p>(1) - Determinar o nível de conhecimento do cuidador e a aceitação do seu papel;</p> <p>- Encorajar a aceitação da interdependência entre os familiares;</p> <p>- Monitorar os problemas de interacção na família relativos ao cuidado do paciente (ppdm), surgimento de indicadores de estresse e agir quando a sobrecarga ficar evidente;</p> <p>- Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador;</p> <p>- Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a sua própria saúde física e mental.</p> <p>(2) - Estabelecer uma relação terapêutica com o paciente/família;</p> <p>- Monitorar resistência do cuidador;</p> <p>- Coordenar voluntários para serviços em casa; Providenciar cuidador substituto;</p> <p>- Providenciar cuidados de emergência se necessário; - Providenciar relatório usual quando de sua volta.</p> <p>(3) - Determinar o que o paciente faz no sistema de atendimento de saúde e seu impacto financeiro;</p> <p>- Auxiliá-los a identificar necessidades financeiras e determinar as despesas diárias do paciente/família;</p> <p>- Informar sobre os programas do governo, determinar se pode candidatar-se a programas privilegiados e encaminhá-los as pessoas</p>

<p>história de disfunção familiar; à duração exigida pelo atendimento; a repouso insuficiente; a isolamento; finanças insuficientes; à falta ou indisponibilidade de apoio.</p>		<p>certas, caso tenha direito ao acesso a esses programas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informá-los sobre os recursos disponíveis e ajudá-los a ter acesso a eles (p. ex., programa de auxílio com medicamentos); - Representar as suas necessidades financeiras em conferências multidisciplinares, se necessário.
<p>Processos familiares alterados</p> <p>D- Estado no qual uma família geralmente sustentadora apresenta, ou está em risco de apresentar um estressor que desafia seu funcionamento previamente efectivo.</p> <p>CD - Não se adapta construtivamente à crise;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não há comunicação aberta efectiva entre os membros da família. <p>FR- Fisiopatológicos: Relacionados com o impacto da doença mental de um membro doente no sistema familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Relacionado ao tratamento:</u> Mudanças emocionais em todos os membros da família devido ao tratamento de um membro doente na família; Encargos financeiros do tratamento de um membro doente da família; 	<p><u>Manutenção do processo familiar</u></p> <p><u>(1):</u> Minimização dos efeitos de rompimento de processos familiares.</p> <p><u>Apoio Familiar (2):</u> Promoção dos valores, interesses e metas de família.</p>	<p>(1) - Determinar ruptura e identificar os efeitos de mudança nos papéis sobre o processo familiar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar manutenção do contacto com os membros da família; - Discutir estratégias e auxiliar os membros da família a implementar estratégias para normalizar a vida familiar com os membros da família, facilitando as rotinas e os rituais familiares (refeições apenas entre membros da família ou discussões familiares para comunicação e tomada de decisões); - Dar oportunidade para os familiares adultos manterem os compromissos existentes em sua vida profissional, se possível; - Identificar necessidades de atendimento domiciliar e a forma de incorporá-las ao modo de vida da família e marcar horários que minimizem a ruptura da rotina familiar. <p>(2) - Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família, dando respostas e ajudando-os a obter respostas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover relação de confiança com a família;

		<p>e as responsabilidades dos membros e do líder;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escolher membros capazes de contribuir para a interação do grupo e beneficiá-la e, não permitir que o grupo torne-se num encontro social não produtivo; - Encorajar a expressão e o compartilhamento de conhecimentos com as experiências e manifestações de ajudas mútuas; - Manter uma pressão positiva para mudanças de comportamento; - Ajudar o grupo a evoluir estratégias de desenvolvimento de um grupo: da orientação à coesão, até a finalização; atender às necessidades do grupo, como um todo, além de daquelas de cada um dos membros; - Usar um líder parceiro se convier.
<p>Défice de conhecimento</p> <p>D- Estado no qual o indivíduo ou grupo apresenta deficiência no conhecimento cognitivo ou nas habilidades psicomotoras relativas à condição ou ao plano de tratamento.</p> <p>CD- Verbalizar a deficiência de conhecimento ou habilidade, solicitar informação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressar percepção incorrecta acerca do estado de saúde; <p>Não desempenhar correctamente um comportamento de saúde prescrito ou desejado.</p> <p>FR- Déficit de autocuidado do paciente;</p>	<p><u>Ensino: Processo de doença (1):</u></p> <p>Assistência ao paciente para que compreende as informações relativas a determinado processo de doença.</p> <p><u>Ensino:Medicação</u></p> <p><u>Prescrita (2):</u> Preparo de um paciente/família para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos.</p>	<p>(1) - Avaliar o nível actual de conhecimento a determinado processo de doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar o que o doente sabe da condição; - Descrever os sinais e sintomas comuns da doença; - Investigar o que o já fizeram para controlar os sintomas; - Discutir as opções de terapia/tratamento e descrever as razões por trás do controlo/ terapia/ recomendações do tratamento; - Orientá-los sobre medidas para prevenir/ minimizar os efeitos secundários do tratamento da doença; - Orientá-los sobre os sinais e sintomas a serem informados ao provedor de cuidados de saúde; - Reforçar as informações dadas por outros membros da equipa de saúde. <p>(2) — Orientá-los a reconhecer características diferentes do(s)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Déficit do cuidado ao membro da família doente; - Recusa do cuidado ao membro da família doente; - Sobrecarga do cuidador proveniente do cuidado ao membro da família doente. 	<p><u>Plano de Alta (3)</u>: Preparo para a transferência de um paciente de um nível de cuidado a outro, no âmbito da mesma instituição de saúde ou para outro local.</p>	<p>medicamento(s);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informá-los sobre genéricos e de marca de cada medicamento e possíveis mudanças na aparência e/ou dose ao adquirir medicamentos genéricos prescritos; - Orientá-los sobre a finalidade, acção, dosagem, via e duração de cada medicamento; - Revisar sobre o que eles sabem sobre o medicamento e reforçar as informações dadas por outros membros da equipa de cuidados de saúde; - Avaliar a capacidade do paciente auto-administrar o medicamento ou da família de administrá-lo; - Informá-los sobre possíveis interações de fármacos/ alimentos e sobre a armazenagem correcta; - Dar as informações sobre estes pontos por escrito; - Determinar a capacidade deles para conseguir a medicação necessária e informar sobre programas/ organizações para poupar recursos financeiros para obtê-los. <p>(3) - Identificar a compreensão que o paciente/ família para o cuidado após a alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formular um plano de manutenção para o acompanhamento após a alta; - Auxiliar o paciente /familiares / pessoas importantes a planearem o ambiente de apoio necessário ao oferecimento de cuidado pós-hospitalar ao paciente;
---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar os encaminhamentos relevantes para provedores de cuidados de saúde.
<p>Fadiga</p> <p>D- Estado auto-reconhecido no qual o indivíduo apresenta uma sensação avassaladora de exaustão e capacidade reduzida para o trabalho físico e mental que não é aliviada com o repouso.</p> <p>CD- Verbalização de uma falta de energia avassaladora e incessante;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade de manter as rotinas normais; - Aumento nas queixas físicas; - Instabilidade emocional ou irritabilidade. <p>FR- <u>Situacionais</u> (Pessoais, ambientais):</p> <p>Relacionadas com a diminuição prolongada de actividades e o descondicionamento secundário à: ansiedade, isolamento social; Relacionadas com as demandas excessivas de papel; Relacionadas com as demandas emocionais avassaladoras; Relacionadas a distúrbios de sono.</p>	<p><u>Controlo de energia (1):</u> Regulação do uso de energia para tratamento ou prevenção da fadiga e optimização de funções.</p> <p><u>Incremento ao sono (2):</u></p> <p>Facilitação dos ciclos dormir/acordar de forma regular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> (1) - Encorajar sobre a expressão de sentimentos sobre limitações; - Determinar a percepção das causas da fadiga pelo cuidador; - Monitorar a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados; - Monitorar a pessoa quanto a evidências de fadiga física e emocional e o padrão de sono da pessoa, promover repouso no leito/ limite às actividades; - Ensinar técnicas de organização e controlo do tempo das actividades para evitar fadiga; - Encorajar períodos alternados de actividades e descanso; - Auxiliar a pessoa a identificar tarefas que familiares e amigos possam fazer em casa para prevenir/ aliviar a fadiga. (2) – Determinar o padrão de sono/actividade da pessoa e monitorar/registrar o padrão de sono e a quantidade de horas dormidas; - Monitorar as circunstâncias psicológicas (p. ex. medo, ansiedade) que interrompem o sono; - Monitorar a participação em actividades que produzem fadiga durante o período de alerta para prevenir cansaço excessivo; - Adaptar o ambiente para promover o sono; - Auxiliar a eliminar situações stressantes antes do horário de dormir; - Promover um aumento de horas de sono, se necessário;

	<p><u>Melhoria dos Sistema de apoio(3):</u> Facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade.</p> <p><u>Cuidado ao repouso do cuidador (4)</u> Mesmas actividades referidas anteriormente.</p>	<p>- Oferecer pequenos períodos de sono diurno, se indicado, de modo a atender as exigências de sono.</p> <p>(3) – Determinar a adequação das redes sociais existentes;</p> <p>- Determinar os sistemas de apoio actualmente em uso; monitorar a situação familiar actual;</p> <p>- Oferecer serviços de maneira carinhosa e apoiadora;</p> <p>-Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e no planeamento;</p> <p>- Explicar como ajudar a outros com preocupações.</p> <p>(4) - Mesmas actividades referidas anteriormente.</p>
<p>Défice de Lazer</p> <p>D- Estado em que o indivíduo ou grupo apresenta, ou está em risco de apresentar estímulo, ou interesse diminuído nas actividades de lazer.</p> <p>CD- Inapacidade de recrear-se.</p> <p>FR – <u>Situacionais (pessoais, ambientais):</u> Relacionado à falta de amigos; falta de tempo para as actividades; Múltiplas responsabilidades.</p>	<p><u>Terapia recreacional (1):</u> Uso proposital de recreação para promover relaxamento e melhorar habilidades sociais.</p>	<p>(1) - Auxiliar e investigar o significado pessoal das actividades recreativas preferidas;</p> <p>- Monitorar as capacidades físicas e mentais para participar em actividades recreativas;</p> <p>- Incluir o paciente/família no planeamento de actividades recreativas;</p> <p>- Auxiliar o paciente/família a escolher as actividades recreativas coerentes com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais;</p> <p>- Auxiliar a conseguir recursos necessários à actividade recreativa;</p> <p>- Oferecer um ambiente recreativo seguro; supervisionar as sessões recreativas, conforme apropriado;</p> <p>- Monitorar a resposta emocional, física e social à actividade recreativa.</p>

	<p><u>Melhoria da socialização (2):</u></p> <p>Facilitação da capacitação de outra pessoa para interagir com os outros.</p>	<p>(2) - Encorajar melhoria do envolvimento em relação já criadas; promover relações com pessoas com interesses e metas comuns; encorajar actividades sociais e comunitárias; promover o compartilhamento de problemas comuns com os outros; promover o envolvimento em interesses novos; ajudar o paciente a aumentar a percepção dos pontos fortes e das limitações ao comunicar-se com os outros; solicitar e esperar a comunicação verbal; encorajar o paciente/família a mudar de ambiente, como sair para caminhar; investigar elementos positivos e negativos da actual rede de relacionamentos.</p>
<p align="center">Pessoa Portadora da doença mental (ppdm)</p>		
Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Actividades de Enfermagem
<p>Ansiedade</p> <p>D- Estado em que o individuo/grupo demonstra sentimentos de intranquilidade (apreenção) e activação do sistema nervoso autônomo a uma ameaça vaga e inespecífica.</p> <p>CD- <u>Fisiológicas</u>: aumento da frequência cardíaca; pressão arterial elevada; insónia; fadiga e fraquesa; agitação; palpitações.</p> <p><u>Emocionais</u>: A pessoa declara ter sentimentos</p>	<p><u>Redução da ansiedade (1):</u></p> <p>Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionado a uma fonte não identificada de perigo antecipado.</p>	<p>(1) – Usar uma abordagem calma e tranquilizadora;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escutar o paciente com atenção; - Criar uma atmosfera que facilite a confiança; - Encorajar expressão de sentimentos, percepção e medo; - Ajudar o paciente a identificar situação que precipitem a ansiedade; - Administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme o apropriado; - Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade; - Oferecer actividades de diversão voltadas a redução de tensão.

<p>de: inabilidade de relaxar; nervosismo; falta de autoconfiança; perda de controle; apreensão.</p> <p>A pessoa evidencia: irritabilidade/impaciência; explosões de raiva; choro.</p> <p><u>Cognitivas</u>: inabilidade para concentrar-se; esquecimento; bloqueio de pensamento (incapacidade de lembrar); hiperatenção.</p> <p>FR- Situacionais: Relacionados à perda real ou suposta de pessoas significativas, secundários a: Mudança; separação temporária ou permanente. Relacionados à mudança real ou suposta no ambiente, secundários à: Intitucionalização.</p>	<p><u>Redução do stress por mudança (2)</u>:</p> <p>Assistência ao indivíduo no preparo e enfeitamento de mudança de um ambiente a outro.</p>	<p>(2) – Investigar o que é mais importante na vida da pessoa (p. ex. família, amigos, objectos pessoais);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a pessoa e a família a conversarem sobre preocupações com a mudança; - Avaliar a necessidade/ desejo de apoio social; - Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas fisiológicos e psicológicos de mudança de endereço (p. ex. anorexia, ansiedade, depressão, desesperança); - Oferecer actividades de lazer (p. ex. envolvimento em passatempos, actividades normais); - Avaliar impacto da ruptura do estilo de vida e adaptação ao novo ambiente.
<p>Estratégias ineficazes de resolução individual</p> <p>D- Estado no qual o indivíduo apresenta, ou está em risco para apresentar, uma incapacidade de controlar os estressantes internos ou ambientais adequadamente devido aos recursos inadequados (físicos, psicológicos, comportamentais e/ou cognitivos).</p> <p>CD - Uso inapropriado de mecanismos de defesa; Ansiedade; Alteração na participação</p>	<p><u>Promoção da capacidade de resiliência (1)</u>:</p> <p>Assistência a indivíduos, família e comunidades para o desenvolvimento, uso e fortalecimento de factores proactivos a serem usados no enfrentamento de <i>stressores</i> ambientais e sociais.</p>	<p>(1) – Facilitar a coesão da família e encorajar o apoio da família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a coesão e a comunicação na família; - Encorajar comportamentos positivos de busca de saúde; - Ajudar o paciente no desenvolvimento de habilidades de tomada de decisão; - Ajudar o paciente a desenvolver optimismo relativo ao futuro.

<p>social; Incapacidade de resolver as necessidades básicas.</p> <p>FR- <u>Fisiopatológicos:</u> Relacionados à cronicidade da condição.</p> <p><u>Situacionais (pessoais, ambientais):</u> Mudança de ambiente; Falta de habitação. Relacionados à interrupção dos vínculos emocionais secundários a: institucionalização. Reacionados a sistemas de apoios insatisfatórios. Relacionados a recursos psicológicos inadequados secundários a: Baixa auto-estima.</p>		
<p>Risco para nutrição alterada: ingestão maior que as necessidades corporais</p> <p>D- Estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco para apresentar, ganho do peso relacionado à uma ingestão que excede suas necessidades metabólicas.</p> <p>CD- Ingestão que excede as exigências metabólicas;</p> <p>- Ingestão que excede as exigências metabólicas.</p> <p>FR- <u>Fisiopatológicos:</u> Relacionados à alteração dos padrões de saciedade secundários a (medicamentos/ descompensação).</p>	<p><u>Controlo da nutrição (1):</u> Auxílio ou oferta de ingestão nutricional equilibrada de alimentos e líquidos.</p>	<p>(1) – Determinar preferências alimentares do paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar junto da nutricionista a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais do paciente; - Encorajar ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida; - Adaptar a dieta de acordo com o estilo de vida do paciente/família; - Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e a forma de satisfazê-los; - Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação; - Determinar a capacidade do paciente/ família para satisfazer às suas necessidades nutricionais e ajudá-los a receber ajuda dos programas

<p>- <u>Relacionados ao tratamento</u>: relacionados a alteração dos padrões de saciedade secundários a: medicamentos (psicotrópicos).</p>	<p><u>Aconselhamento nutricional (2)</u>:</p> <p>Uso do processo interactivo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta.</p>	<p>nutricionais adequados comunitários apropriados, conforme a necessidade.</p> <p>(2) – Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e estabelecer a duração da relação do aconselhamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar a ingestão alimentar e os hábitos alimentares do paciente/família; - Facilitar a identificação dos comportamentos alimentares a serem modificados; - Informar, quando necessário, sobre a necessidade de saúde para modificação da dieta: aumento do peso, restrição do sódio, redução do colesterol; - Ajudar o paciente/família a analisar factores como idade, estagio de desenvolvimento, experiências alimentares anteriores, doença, cultura e recursos financeiros no planeamento de formas de satisfazer às necessidades nutricionais; - Auxiliar o paciente/cuidador a registar o que costuma comer em 24 horas, discutir sobre o significado dos alimentos com o paciente; - Avaliar o progresso das metas de modificação alimentar em intervalos regulares e elogiar os esforços para alcançá-los; - Prover encaminhamento/ consultas com outros membros da equipa de saúde, conforme o apropriado. <p>(3) - Avaliar as crenças de saúde do indivíduo sobre exercícios físicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar a motivação deste para começar/ continuar um
--	--	--

	<p>programa de exercícios e encorajá-lo a começar ou continuar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigas as barreiras ao exercício; - Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa adequado de exercício que atenda as suas necessidade e orientá-lo sobre o tipo de exercício, frequência, duração e intensidade para o seu nível de saúde; -Fazê-lo com uma pessoa; - Informar sobre os benefícios à saúde e os efeitos fisiológicos do exercício; - Monitorar adesão ao programa, reposta individual e oferecer <i>feedback</i> positivo para os esforços individuais; - Orientá-lo sobre condições que garantam a modificação ou o término do programa de exercícios. <p>(4) - Discutir com o paciente/ família as condições médicas capazes de afectar o peso;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir com o paciente os hábitos, os costumes e factores culturais e hereditários que influenciam o peso; - Discutir os riscos de estar com excesso de peso; -Determinar o peso corporal ideal do indivíduo; -Encorajar o indivíduo a consumir diariamente quantidades adequadas de água; - Auxiliar na elaboração de planos alimentares bem equilibrados, coerentes com o nível de gastos de energias; - Avaliar o peso semanalmente e registrá-lo para verificar mudanças.
	<p><u>Promoção do exercício (3):</u> Facilitação de actividades físicas regulares para manter ou elevar o nível de aptidão física.</p> <p><u>Controle do peso (4):</u> Facilitação da manutenção do peso corporal adequado e percentagem de gordura corporal ideal.</p>

		- Dar as informações sobre estes pontos por escrito.
<p>Risco para Solidão (relacionado ao abandono/institucionalização prolongada)</p> <p>D- Estado em que o indivíduo está em risco para apresentar desconforto associado a desejo ou à necessidade de contacto com os outros.</p> <p>CD- Impedimento da ppdm para conviver com a família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem família constituída para acolhê-lo; - Sem familiares próximos para responsabilizar pelo cuidado. - Negligência dos familiares no que tange ao cuidado; - Abandono deste na rua ou na instituição sem intenção de retomá-lo. <p>FR- <u>Fisiopatológicas</u>: Doenças psiquiátricas (Esquizofrenia).</p> <p><u>Situacional</u> (pessoais, ambientais):</p> <p>Relacionados à história de experiências sociais insatisfatórias secundárias a: Comportamento social inaceitável; Pensamento delirante.</p>	<p><u>Suporte emocional (1)</u>: Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de <i>stress</i>.</p> <p><u>Mobilização familiar (2)</u>:</p> <p>Utilização dos pontos fortes da família para influenciar a saúde do paciente numa direcção positiva.</p> <p><u>Promoção do envolvimento familiar (3)</u></p>	<p>(1) – Conversar com o paciente sobre a (s) experiência (s) emocional (is) e investigar com ele o que desencadeou as emoções;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer declarações de apoio ou empatia; ~ - Tocar o paciente/família para oferecer apoio, conforme o apropriado; - Auxiliar o paciente a identificar sentimentos a tristeza; - Encorajar o diálogo ou o choro como formas de reduzir a resposta emocional; - Ficar com o paciente e garantir sua segurança e protecção durante períodos de ansiedade; - Oferecer assistência na tomada de decisão; - Encaminhar para aconselhamento, conforme apropriado. <p>(2) – Ser um ouvinte para os membros da família e estabelecer uma relação de confiança com os familiares;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ver cada familiar como um especialista potencial para cuidar do paciente; - Oferecer informações com frequência a família, auxiliando a identificar as limitações, o progresso e as implicações dos cuidadores do paciente; - Apoiar as actividades da família na promoção de saúde do paciente ou na conduta para a sua condição; - Monitorar actual situação na família;

Relacionados à mudança na residência normal secundária a: Atendimento a longo prazo.		- Determinar o alcance esperado de resultados do paciente de forma sistemática. (3) – Mesmas actividades de mencionados anteriormente.
<p>Desempenho de Papel Alterado</p> <p>D- Estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco para apresentar, uma quebra na forma como percebe o seu desempenho de papel.</p> <p>CD- Conflito relacionado à percepção ou a desempenho de papel;</p> <p>Mudança na autopercepção do papel;</p> <p>Mudança no padrão habitual de responsabilidade.</p> <p>FR- <u>Fisiopatológicos</u>: Doenças psiquiátricas (esquizofrenia).</p> <p><u>Situacionais</u> (pessoais, ambientais):</p> <p>Relacionado com a sobreprotecção por parte do cuidador.</p>	<p><u>Melhoria do papel (1)</u>: Assistência ao paciente, pessoa importante e/ ou família para melhorar as relações, com o esclarecimento e suplementação de comportamentos específicos de papéis.</p>	<p>(1) – Ajudar o paciente a identificar o papel normal na família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o paciente a identificar comportamentos necessários para o desenvolvimento dos papéis; - Ajudar ao paciente a identificar mudanças específicas nos papéis devido a doença; - Ajudar o paciente a identificar estratégias positivas de lidar com as mudanças nos papéis; - Facilitar a discussão de adaptação nos papéis do membro doente; - Facilitar discussão de expectativas entre o paciente e pessoa importante, em papéis recíprocos; - Ensinar novos comportamentos necessários ao paciente para desempenho de papéis.

Legenda: D= Definição; CD= Características definidoras; FR= Factores Relacionados

Apêndice VIII- Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Informdo

No âmbito do trabalho de conclusão da licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Mindelo, eu, Cristina Hewawasam, pretendo realizar um estudo intitulado “Enfermagem e a Reinserção da Pessoa portadora da doença mental institucionalizada na Família” cujo objectivo é examinar os contributos da enfermagem na reinserção da pessoa portadora da doença mental institucionalizado na família. Para tal, gostaria de ouvir as vivências de algumas famílias, bem como as de alguns profissionais de saúde que contribuem de forma directa ou indirecta com o seu trabalho no CADM-SV.

Assim sendo, solicito a sua participação.

Informo que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo abandoná-la a qualquer momento.

A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais valia para o desenvolvimento da Enfermagem em Saúde Mental. Mais se informa que as respostas serão gravadas em áudio e, serão posteriormente analisadas com as de outros participantes. A confidencialidade das informações é garantida e a sua identidade é protegida no decorrer e após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco porém, no que tange às vantagens poderá contribuir para o avanço dos conhecimentos em Enfermagem em Saúde Mental e trazer meios que permitam reinserir as pessoas portadoras da doença mental institucionalizadas na família.

Este documento só deverá ser assinado se todas as suas dúvidas relativamente à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. Se não entendeu alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro ser da minha livre e esclarecida vontade a participação no estudo realizado pela Cristina Hewawasam, estudante de Enfermagem.

Apêndice IX – Requerimento para o Centro de Apoio de Doentes Mentais de São Vicente

Exmo. Senhor Responsável do Centro de Apoio de Doentes Mentais de São Vicente – CADM-SV.

Eu, Cristina Hewawasam, filha de Senaka Hewawasam e de Maria do Livramento Monteiro, nascida a 6 de Junho de 1991, natural de Itália, residente na cidade do Mindelo, portadora do B.I. nº329127, passado pelo arquivo de identificação do Mindelo, vêm “mui ” respeitosamente solicitar a Vossa Excelência a permissão para entrevistar cinco famílias (5) das pessoas portadoras de doença mental que encontram-se resididos nessa instituição, a partir do mês de Abril do mesmo ano.

A recolha de informações tem como objectivo perceber as experiências das famílias no lidar com a doença do seu familiar e os motivos por trás da institucionalização dos seus entes.

Pede deferimento.

Mindelo, Abril de 2015.

Assinatura

/ Cristina Hewawasam/

ANEXOS

Anexo I: Sinais e sintomas da esquizofrenia

Sinais Positivos	Sinais Negativos
<u>Conteúdo do pensamento:</u> <ul style="list-style-type: none"> Delírios, religiosidade, paranóia, pensamento mágico. 	<u>Afecto:</u> <ul style="list-style-type: none"> Afecto inapropriado, afecto indiferente ou incongruente, embotamento afectivo.
<u>Forma de pensamento:</u> <ul style="list-style-type: none"> Frouxidão associada, neologismo, pensamento concreto, associação por assonância, salada de palavras, tangencialidade, mutismo, preservação. 	<u>Volição:</u> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidade de iniciar uma actividade tendo em vista os objectivos; ambivalência emocional.
<u>Percepção:</u> <ul style="list-style-type: none"> Alucinações, ilusões. 	<u>Comprometimento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo exterior:</u> <ul style="list-style-type: none"> Autismo, aparência deteriorada.
<u>Sentido do self:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ecolalia, ecopraxia, identificação e imitação, despersonalização. 	<u>Comportamento psicomotor:</u> <ul style="list-style-type: none"> Anergia, flexibilidade cérea, postura, andar de um lado para o outro e balançar.
	<u>Características associadas:</u> <ul style="list-style-type: none"> Anedonia, regressão.

Fonte: Townsend (2011, p. 517)

Anexo II: Tipos de esquizofrenia, fonte: DSM-IV-TR (2002,p.153)

295.30-Tipo paranóide [F20.0x] - na qual se encontram os seguintes critérios:

- A- preocupa-se com um ou mais ideias delirantes ou alucinações auditivas frequentes.
- B- Nenhum dos seguintes sintomas, é dominante o discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, ou afecto embotado ou inapropriado.

295.10- Tipo Desorganizado [F20.1x] – encontra-se os seguintes critérios:

- A- Todos os seguintes são dominantes: Discurso desorganizado; comportamento desorganizado; afecto embotado ou impróprio.
- B- Não encontram-se critérios que preencham o tipo catatónico.

295.20- Tipo Catatónico [F20.2x] - Tipo de esquizofrenia na qual o quadro clínico é dominado pelo menos por dois dos seguintes: 1- Imobilidade motora com a evidenciada por catalepsia (incluindo a flexibilidade cêrea) ou estupor; 2- Actividade motora excessiva (aparentemente sem objectivo e não influenciada pelos estímulos externos); 3- Negativismo em excesso (com resistência a todas as instruções, aparentemente sem motivo ou a manutenção de uma postura rígida contra todas as tentativas para ser mobilizado) ou mutismo; 4- Peculiaridade dos movimentos voluntários como os evidenciados pela postura (tomada de posturas voluntárias, inapropriadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos dominantes ou trejeitos dominantes; 5- Ecolalia ou ecopraxia.

295. 90– Tipo Indiferenciado [F20.3x] – tipo de esquizofrenia na qual encontra-se os sintomas tais como, ideias delirantes, alucinações e sentimento negativo tal como embotamento afectivo (são sintomas do Critério A da esquizofrenia), mas não são encontrados os critérios para os tipos paranóide, desorganizado ou catatónico.

295.60– Tipo Residual [F20.5x] – aqui encontra-se os seguintes critérios:

A- Ausência de ideias delirantes dominantes, alucinações, discurso desorganizado, bem como: ausência de comportamento marcadamente desorganizado.

B- Existência de uma evidência constante da perturbação, traduzida pela presença de forma atenuada de sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas do Critério A da esquizofrenia, apresentados (por exemplo: crenças estranhas, experiencias perceptuais estranhas).

Anexo III: Sinais de recaída da esquizofrenia.

Sinais de recaída	
-Comportamento estranho ou bizarro.	-Ideias estranhas ou discurso incoerente.
-Agitação, Agressividade ou medo.	-Alteração da sensibilidade à luz ou ao barulho.
-Isolamento, recusa em sair de casa ou de estar com os outros.	-Excessivas preocupações religiosas.
-Abandono do trabalho ou da escola.	-Dificuldades na concentração ou «olhar fixo».
-Descuidado da higiene pessoal ou da aparência.	- Abuso do álcool ou outras substâncias, exageros ou restrições alimentares.
-Insónia ou perturbações do sono.	

Fonte: Afonso (2010, p. 55).

Anexo IV: Mitos e factos sobre a doença mental

Mitos	Factos
Alguém que já teve uma doença mental nunca será normal.	A doença mental é esporádica e ou episódica. Ex-pacientes mentais merecem ser julgados por seus próprios méritos.
Mesmo que algumas pessoas com doenças mentais voltem ao normal, os doentes mentais crónicos, continuam sendo diferentes.	Muitas pessoas com doenças crónicas foram hospitalizadas por muito tempo. Após a alta precisam continuar a tomar a medicação. A combinação da doença e os efeitos secundários da doença pode fazer com que a pessoa aja de forma estranha, o que vai diminuindo com o convívio social.
Se as pessoas recuperam-se de outras doenças podem seguir por eles próprios, as pessoas com doença mental recuperados também deveriam ser capazes de fazê-lo.	A maioria de pessoas que passaram por uma doença incapacitante, mental ou física, necessita de reabilitação. Para as pessoas com doenças mentais, a reabilitação passa pelo suporte social.
As pessoas com doenças mentais são imprevisíveis.	Embora algumas pessoas com doenças mentais sejam impulsivas e imprevisíveis quando na fase activa da doença, a maioria mostra consciência em seus comportamentos quando recuperados.
As pessoas com esquizofrenia e outros transtornos mentais graves devem ser realmente loucos.	Com o tratamento apropriado, as pessoas com transtornos mentais graves tendem a ser calmas e confiáveis.
As pessoas com doenças mentais são perigosas.	As pessoas que tiveram problemas mentais e voltara a viver na comunidade tendem a ser ansiosas, tímidas e passivas. Elas raramente representam um perigo para o público.
As pessoas com doenças mentais recuperadas certamente são um perigo em	As pessoas com doenças mentais tendem a ser mais deprimidas e retraídas do

potencial. A qualquer momento podem ficar furiosos.	que furiosos e agressivos. A maioria das recaídas desenvolve-se gradualmente.
É impossível conversar com uma pessoa que já teve uma doença mental.	A maioria das pessoas recuperadas de uma doença mental é racional e inteligente. Até mesmo as pessoas que encontram-se doentes tendem a ser racionais em vários aspectos.
Uma pessoa com doença mental que tem um histórico muito ruim, não existe muita esperança.	Algumas pessoas podem permanecer em doentes por muitos anos, antes de receberem tratamento efectivo ou sua condição melhorar, por suas razões. Uma vez recuperadas, podem permanecer bem pelo resto de suas vidas.
Uma pessoa com doença mental recuperada tende a ser um funcionário de segunda classe.	Muitos funcionários recuperados são excelentes funcionários. Algumas pessoas, que estão sujeitas a recaídas, podem precisar trabalhar em uma situação flexível.
Talvez as pessoas com doenças mentais recuperadas possam trabalhar bem em empregos que necessitam de pouca formação/ capacitação, mas não são adequados a grandes e responsáveis encargos.	Os potenciais profissionais das pessoas com doença mental recuperadas, como ocorre com qualquer pessoa, dependem dos talentos, capacidade, experiência, motivação e estado de saúde da pessoa.
As pessoas com problemas mentais recuperados têm um fardo pesado para carregarem, mas não há muito que possamos fazer.	O modo como agimos com a pessoa com problema mental pode fazer uma grande diferença.

Fonte: (Stuart e Laraia, 2001, p.278).

Anexo V: Tipos e estrutura das famílias.

Tipos de família	Estrutura de família
Díade nuclear	Casal, casados, filhos
Nuclear	Marido, mulher, filhos (podem ser casados legalmente ou não)
Binuclear	Duas famílias pós divorciadas com filhos de ambas
Alargada	Família nuclear e ainda parentes de sangue
Reconstituída	Marido, mulher, e filhos de relações anteriores
Monoparental	Um pai/mãe e filho (s)
Comuna	Grupo de homens, mulheres e filhos
Coabitação (parceiros domésticos)	Homens e mulheres solteiros partilhando uma casa
Homossexual	Casal do mesmo sexo
Pessoa celibatária (adulto)	Uma pessoa numa casa

Fonte: Hanson (2005, p.30)

Anexo VI: Sub-funções dentro da função do enfermeiro.

Papleau identificou diversos sem-papéis dentro do papel do enfermeiro (Towsend, 2011, p.121):

Um estranho - Um enfermeiro é primeiramente um estranho para o cliente. O cliente é também um estranho para o enfermeiro. Este princípio implica: (1) aceitar o doente como ele é; (2) tratar o doente como um estranho emocionalmente capaz e relacionar-se com ele nesta base até que provas demonstrem o contrário.

O Técnico -No papel de técnico, o enfermeiro explica, de modo a que o cliente entenda, as informações relacionadas com os cuidados de saúde do mesmo.

O professor -Neste sub-papel, o enfermeiro identifica as necessidades de aprendizagem e fornece informação requerida pelo cliente ou pela família de modo a melhorar a situação de saúde.

O líder - A liderança autocrática promove a sobre-avaliação do enfermeiro e a substituição pela parte dos clientes dos objectivos do enfermeiro pelos seus próprios objectivos. Os líderes *laissez-faire* transmitem uma falta de interesse pessoal pelo cliente.

O substituto - Fora do seu conhecimento, os clientes vêem muitas vezes os enfermeiros como símbolos de outros indivíduos. Podem ver uma enfermeira com uma figura maternal, irmão, antiga professora ou outro enfermeiro que lhes tenha prestado cuidados no passado. Isto ocorre quando um cliente é colocado numa situação que gera sentimentos semelhantes a aqueles que experimentou previamente.

O concelheiro - O enfermeiro utiliza “técnicas interpessoais” para ajudar os clientes a aprender a adaptar-se as dificuldades ou alterações nas experiências quotidianas.